RC480
.N28
1927

Прив.-доц. Ф. А. Наумов

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

Издательство
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА"

THE LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF
NORTH CAROLINA
AT CHAPEL HILL

ENDOWED BY THE
DIALECTIC AND PHILANTHROPIC
SOCIETIES

UNIVERSITY OF N.C. AT CHAPEL HILL
00009026902

This book is due at the WALTER R. DAVIS LIBRARY on the last date stamped under "Date Due." If not on hold it may be renewed by bringing it to the library.

DATE DUE	RET.	DATE DUE	RET.
MAR 25 1996			
APR 24 '96			
SEP 25 2004			
SEP 03 2004			
DEC 15 2006			
DEC 12 2006			

Form No. 513,
Rev. 1/84

Прив.-доц. Ф. А. НАУМОВ

RC480
.N28
1927

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

С предисловием проф. К. И. ПОВАРНИНА

ORGANIZATSIIA PSIKHIATRICHESKOĬ
POMOSHCHI I PSIKHOPROFILAKTIKA

ИЗДАТЕЛЬСТВО
„ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА"
(Основ. В. С. Эттингер).
ЛЕНИНГРАД
Улица Лассаля, № 2
1927

UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA
PROPERTY OF
LIBRARY
AT CHAPEL HILL

Ленинградская Коммунальная типо-литография. Улица 3-го Июля, 55.

Ленинградский Гублит № 32.385. Тираж 4.200 экз. 8¼ л.

Оглавление

Стр.

Предисловие 5

Главы:

I. Значение и роль практической психиатрии: а) в деле правильной организации психиатр. помощи в стране, б) в установлении правовых отношений душевнобольных с точки зрения социального и уголовного права, в) при изучении свойств и распространения душевных болезней и в деле практического осуществления профилактики их, г) в вопросах уголовного и социального права, д) в общемедицинской практике. 7

II. Выбор психиатрии как специальности. Особенности врачебной деятельности врача-психиатра и качества, необходимые для его повседневной работы. 15

III. Краткий исторический очерк развития психиатрии и психиатрической помощи в древности, в средние века и до конца XVIII столетия. 19

IV. Развитие практической психиатрии в России в старину, при Петре I, Екатерине II, при приказах Общественного призрения. Земская психиатрия. Окружные лечебницы. Основание психиатрической кафедры в России. 25

V. Принципы организации психиатрической помощи в стране. Подготовительные приемы для осуществления правильной постановки психиатрич. помощи в стране. Перепись душевно-больных, разные способы ее осуществления. Результаты, даваемые переписью и выводы на основании ее. 30

VI. Практическое осуществление психиатр. помощи в стране. Лечебницы для острых душевно-больных и приюты для хроников. Необходимость помещения в специальную лечебницу душевнобольного как можно раньше от начала заболевания. Приближение психиатрической помощи к населению, как одна из важнейших профилактических мер в деле предупреждения и лечения душевных заболеваний. Децентрализация психиатрической помощи. Район наиболее полезного действия психиатрической лечебницы. Основные свойства психиатрической лечебницы. Размеры, наиболее выгодные для лечебницы. Приемы лечения в ней. Врачебный, средний и младший персоналы ее. Особый строй жизни в психиатрической больнице. Кто должен стоять во главе психиатрических заведений, и как они должны управляться. 37

VII. Основные типы построек психиатрических больниц—корпусные здания и по системе павильонов. Принципы их постройки. Особенности и недостатки корпусных психиатрических больниц. Преимущества и выгоды психиатрических больниц павильонной системы. 53

VIII. Основания для помещения душевно-больных в специальные больницы. Законоположения относительно этого в Зап.-Европейских государствах и у нас. Способы помещения душевно-больных в психиатрическую лечебницу. Приемное отделение больницы, его устройство и особенности. Постельный режим и наблюдательное отделение. Строгий надзор. Персонал и пред'являемые ему требования в приемном отделении больницы. 59

Главы: Стр.:

IX. Отделение для беспокойных и возбужденных больных. Особенности его устройства. Изоляторы, их роль и назначение. Режим в беспокойном отделении. Принципы ухода и наблюдения за беспокойными, возбужденными и опасными больными. Качества, необходимые для среднего и младшего персонала на этих отделениях. 70

X. Арестованные душевно-больные, душевно-больные преступники, испытуемые и симулянты. Опасности и неудобства отделений с больными подобных категорий. Нежелательность пребывания уголовного элемента в стенах психиатрических больниц. Законоположения о помещении испытуемых и больных (правонарушителей) на принудительное лечение в психиатрические больницы . 76

XI. Отделения для слабых и неопрятных больных. Особенности этих отделений. Уход за слабыми и неопрятными больными. Лазареты. Отделения для острозаразных больных. Отделения для изоляции туберкулезных больных. Отделения для слабых эпилептиков. Качества, необходимые для персонала, ухаживающего за слабыми и неопрятными больными. 82

XII. Отделения для спокойных больных—выздоравливающих и хроников. Нервно-психические отделения. Отделения для отсталых детей и идиотов. Больницы-колонии для душевно-больных. Система no-restraint и open-door. Трудовой режим. Работы душевно-больных в мастерских и на открытом воздухе. Основные качества, необходимые для персонала, работающего в спокойных отделениях и в больницах-колониях. Выписка душевно-больных из психиатрических больниц. 90

XIII. Посемейное призрение (patronage familial) за границей и у нас. Общества попечения о душевно-больных за границей и у нас. . 103

XIV. Профилактика и гигиена душевных болезней. Распространение душевных болезней в населении. Разные виды душевных заболеваний — прирожденные, унаследованные и приобретенные формы. Роль сифилиса, туберкулеза, эпидемических болезней, алкоголизма и народного невежества в происхождении и распространении душевных болезней. Методы и способы борьбы с ними. 107

XV. Евгеника, основные задачи ее и требования, предъявляемые ею в деле ослабления и пресечения наследственной передачи душевных болезней, в целях психического оздоровления населения. Методы стерилизации. Искусственное прерывание беременности. Показания для этого. 119

XVI. Развитие и современное положение нервно-психической диспансеризации в Зап. Европе, Америке и у нас. Нервно-психические диспансеры, устройство, роль и основные функции их в столичных городах, губернских и в уезде 125

Предисловие

В руководствах по психиатрии обыкновенно не уделяется внимания вопросам организации медицинской помощи душевно-больным, в частности, психиатрической профилактике. Книг, специально трактующих об этих вопросах и соответствующих по своему содержанию требованиям современной психиатрии и современным условиям врачебно-санитарного строительства в нашей стране, тоже не имеется. В курсах психиатрии, читаемых в медицинских ВУЗ'ах, говорится на упомянутые темы лишь между прочим, а часто не упоминается и совсем. Между тем, каждому врачу-психиатру в большей или меньшей мере приходится сталкиваться с указанными выше вопросами. Необходимые для правильного разрешения последних знания он приобретает медленным путем личного опыта, ценою нередко больших ошибок.

Книга д-ра *Ф. А. Наумова* удачно заполняет этот пробел в психиатрической литературе.

Она содержит в себе курс лекций, читанных автором слушателям Государственного Института для усовершенствования врачей в 1925—26 учебном году при Кафедре Психиатрии.

В этих лекциях автор, остановившись вкратце на социальном значении душевных болезней и на истории развития психиатрической помощи, описывает формы этой помощи, устройство психиатрических учреждений разных типов, организацию ухода за душевно-больными, основные приемы нервно-психической профилактики, в частности, организацию соответствующих диспансеров, и затрагивает целый ряд на первый взгляд мелких, но практически важных вопросов, могущих поставить в затруднительное положение недостаточно опытного врача-психиатра, особенно когда ему приходится выполнять и административные обязанности.

Книга д-ра *Ф. А. Наумова* является, таким образом, весьма полезным пособием врачам-психиатрам в их нелегком пути.

Можно пожелать ей широкого распространения!

Проф. К. Поварнин.

Ленинград, Ноябрь, 10 дня, 1926 г.

Организация психиатрической помощи и психопрофилактика.

Глава I.

Значение и роль практической психиатрии—а) в деле правильной организации психиатрической помощи в стране, б) в установлении правовых отношений душевно-больных с точки зрения социального и уголовного права, в) при изучении свойств и условий распространения душевных болезней и в деле практического осуществления профилактики их, г) в вопросах уголовного и социального права, д) в общемедицинской практике.

Организация психиатрической помощи населению основывается всецело на данных, выработанных практической психиатрией. Прежде, однако, нежели приступить к изложению основ практической психиатрии, следует коснуться значения психиатрии в ряду других медицинских наук, имея особенно в виду практическое значение ее, самую тесную связь ее с жизнью и отношение ее к социальным условиям.

Как показывает самое название—„психиатрия"—это есть наука о лечении душевных болезней, в более точном, дословном переводе—лечение души, но в настоящее время под психиатрией принято понимать ту часть медицины, которая содержит в себе учение о причинах возникновения и развития душевных болезней, описание клинической картины душевных болезней от начала их до того или иного исхода, способов и методов лечения их, способов организации помощи душевно-больным и профилактических методов борьбы с ними. Последние отделы — учение о способах организации психиатрической помощи и профилактике душевных болезней — и составят главное содержание излагаемого курса.

Результатом высокого научного развития психиатрии и смежных с нею дисциплин явились те значительные достижения в области практической психиатрии, в деле оказания психиатрической помощи населению, устройства специальных больниц, постановки всего больнично-клинического дела у душевно-больных, какие мы видим в наиболее культурных странах Европы и Сев.-Америки и которых отчасти достигли было и мы в нашем отечестве до начала обще-европейской войны. Особенно это заметно было в благотворном и широком развитии земской психиатрии. Под влиянием необычайно тяжелых условий последних лет, особенно в связи с результатами гражданской войны и экономического обеднения страны,

постановка дела, в большинстве психиатрических учреждений, несомненно, изменилась к худшему.

С другой стороны, в связи с развитием биологических наук, в значительной степени изменились взгляды на методы борьбы с душевными болезнями, и практическая психиатрия должна учитывать эти новые достижения и уделять много внимания профилактике душевных болезней.

Огромное значение практической психиатрии, поскольку она владеет методами и способами правильного и своевременного определения душевного заболевания, помещения, лечения и призрения душевно-больных в специальных лечебницах и учреждениях, неизбежно вытекает из того, насколько душевные заболевания вносят расстройство в нормальное течение жизни как отдельных лиц или их семей, так и целого общества. Обусловливается это также и огромным количеством душевно-больных, число каковых значительно больше, нежели принято было считать до последнего почти времени. Прежде полагали, что количество душевно-больных не более одного на 500 чел. населения. Так, по крайней мере, установлено было в наиболее цивилизованных странах, где уже давно ведется довольно тщательная статистика этого рода заболеваний. В это число, однако, включались обычно лишь душевно-больные в собственном смысле, более или менее нуждавшиеся в помещении в специальные лечебницы, и не всегда принимались во внимание слабоумные, эпилептики, дефективные личности и т. д.; если же учитывать и этих последних, то процент душевно-больных в широком смысле должен быть в соответственной степени повышен. Ввиду этого едва ли можно считать слишком преувеличенными последние данные *Mayer*'а, исследовавшего население Швейцарии путем осмотра всех военно-обязанных, который процент всех психически-ненормальных в населении, считая и душевно-больных, и олигофреников, и эпилептиков, доводит до очень высокой цифры, почти до 2, т.-е. иными словами считает по одному психически-ненормальному на каждые 50 чел. населения. Если считать даже, что душевно-больных в населении приблизительно около 1%, то и тогда в такой, напр., стране как Германия, количество душевно-больных должно было бы достигать до 450000—500000, а в России почти 1000000 чел. Правда, далеко не все, проявляющие признаки душевного расстройства или психической ненормальности, должны быть обязательно помещаемы в специальные больницы или пользоваться общественным призрением. Так оно и есть в действительности. Германия, напр., в довоенное время содержала в своих больницах, лечебницах и приютах от 120000 до 125000 душевно-больных в стране. Великобритания, стоящая в этом отношении на первом месте, призревает до 96% всех душевно-больных соединенного королевства. Конечно, в Рос-

сии никогда не было и не могло быть подобного в этом отношении благополучия, потому что и прежде, когда психиатрических коек в стране, принимая особенно во внимание существование частных психиатрических лечебниц, было значительно больше, далеко не все нуждающиеся в психиатрической помощи могли своевременно получить необходимый уход и лечение.

Вот с каким обширным материалом душевно-больных и ненормальных лиц приходится иметь дело каждой стране, каждому государству. Чувство гуманности, сострадания и долга заставляет изыскивать способы и средства дать психиатрическую помощь этим тысячам несчастных, беспомощных больных, нуждающихся в ней; с другой стороны, огромный материальный ущерб, причиняемый обществу хотя бы в силу того, что такое большое количество людей, заболевших душевным расстройством, перестает принимать деятельное участие в жизни страны, побуждает изыскивать способы уменьшить, ограничить по возможности этот ущерб путем принятия своевременных мер в большом, государственном масштабе. Душевнобольной, являвшийся дотоле главою семьи и занимавший в обществе выдающееся или ответственное положение, заболевая неизлечимой формой душевного расстройства, будет ли то паранойя, прогрессивный паралич или что-либо иное, умирая гражданской смертью, вносит разорение в свою семью и в круг близких к нему лиц; душевно-больной с эпилептическим или ранним слабоумием, но сравнительно крепкий физически, иногда десятки лет требует значительных денежных расходов на свое призрение, разоряя иногда свою семью или являясь обузой и бременем для государства.

Все своеобразие душевных заболеваний перед всякими иными заболеваниями выступает в данном случае с особенной очевидностью и указывает на особое социальное значение психозов. Действительно, нормальная психика является самым главным, самым ценным, нужным и существенным во всяком человеке, как активном и полезном члене общества, и малейшее заболевание, изменение или даже уклонение в этой сфере особенно чувствительно отзывается как на самом заболевшем индивидууме, так и на той среде, членом которой он является; вред, причиняемый душевным заболеванием, сейчас же сказывается в той или другой форме и требует принятия тех или иных мер для уменьшения или приостановки его действия. „Крепкие мышцы и здоровые кости являются и посейчас приятными и желательными качествами,—образно говорит *Bleuler*, — однако, можно управлять целым миром и быть совсем без рук и без ног. Между тем, малейшее расстройство психического механизма может превратить самого крепкого человека в достойный сожаления об'ект призрения или в опасного врага общества".

Отсюда — важная роль профилактики и психической гигиены в деле предупреждения и развития душевных болезней. Принимая во внимание то обстоятельство, что случаи помещения в специальные лечебницы заболевших душевным расстройством дают очень значительный процент выздоровления (по некоторым авторам около 80%), если помещение последовало вслед за началом заболевания, и не более 10%, если от начала заболевания прошло не меньше полгода, необходимо, чтобы заболевший был определен в лечебницу как можно скорее; с другой стороны чрезвычайно важно и то, чтобы по возможности все нуждающиеся в психиатрической помощи могли получить ее в нужное для них время.

Следовательно, первой из основных задач практической психиатрии, как выражения заботы государства о душевнобольных, является правильная организация психиатрической помощи в стране.

Заболевший душевным расстройством уже не может быть полноценным, равноправным и вполне самостоятельным членом общества в своих отношениях к близким, его социальное положение извращается, умаляется или уничтожается. С этого момента является весьма важная задача и обязанность практической психиатрии — правильно и по возможности скоро установить наличие у данного суб'екта душевного расстройства. Психически заболевший не может в достаточной степени заботиться о себе, защищать свои интересы, свои законные права и вообще сохранять свое положение и свое место в обществе; с другой стороны — вред, причиняемый им себе, собственной семье и обществу и являющийся естественным последствием и результатом его болезни, тем больше и значительнее, чем позднее будет признан заболевший душевнобольным, а следовательно чем позднее перестанет быть суб'ектом гражданского права. Следовательно, перед государством и практической психиатрией ставится другая задача — как можно скорее и правильнее установить душевное заболевание, выяснить правовые отношения душевно-больных, обеспечить их личные и имущественные права и защитить интересы их близких, а иногда и общества, и все это с точки зрения существующего гражданского и уголовного права.

Кроме случаев явного душевного расстройства или прирожденного недоразвития умственных способностей, во всяком обществе встречаются в значительном количестве случаи, стоящие на границе между нормой и болезнью. Здесь важно и интересно проследить по возможности тщательно и эти пограничные случаи и получить статистические данные о них, т. к. эти случаи в массе своей являются в первую очередь, как бы тем запасным резервуаром в населении, из которого пополняются, формируются и комплектуются с одной стороны будущие новые душевно-больные, а с другой стороны воз-

можные в недалеком будущем разного рода правонарушители, не всегда ответственные за содеянные ими поступки. В большинстве случаев это об'екты исследования—со стороны судебной психо-патологии.

Нормальный средний человек, как теперь принято считать, является результатом приспособления к соответственной среде и обстановке, он живет обычно в таких условиях, что только при напряженной борьбе за существование, при применении всех своих индивидуально - интеллектуальных данных он в состоянии бывает удержать за собой и своей семьей известное социальное положение, иначе говоря—он редко когда имеет возможность отдаваться чему-либо одному и развивать какие-либо одни излюбленные и присущие ему способности или качества в ущерб другим, и это главным образом потому, что он в массе является физической основой ближайших поколений и биологическими условиями данного момента вынуждается к передаче потомству по наследству в более или менее правильном гармоничном сочетании тех нервно-психических данных и особенностей, в которых наиболее нуждается и которые наиболее ценит в ту или иную эпоху современное общество.

В населении страны помимо средних людей, с нормальными более или менее гармонично развитыми способностями и уравновешенных, которых всегда преобладающее большинство, встречаются отклонения в ту или иную сторону от среднего нормального типа данной эпохи; у одних это уклонение будет в сторону усиления и развития умственных способностей, в сторону плюса, и таких лиц обычно немного, у других—в сторону общего или частичного ослабления и понижения, в сторону минуса, по сравнению со средним нормальным типом. Преобладающий в массе средний нормальный человек составляет основу общества, по своей природе он является элементом консервативным, он поддерживает существующий строй, накопляет и хранит культурные и материальные ценности, но нового, оригинального творческого он не дает обычно или дает очень мало. Между тем, развитие человечества, культура двигается вперед теми немногими гениальными натурами, которые избыточно, но и односторонне, с обычной точки зрения, наделены чем-либо и с молодых лет работают неуклонно в одном направлении, в той или иной специальной области, будет ли то наука, искусство, политика или техника, кто все время совершенствуется и все больше и больше специализируется, проводя разделение труда и достигая в этом отношении невиданных дотоле результатов. На помощь им приходят уже более многочисленные, тоже стоящие выше среднего уровня суб'екты хотя не столь одаренные, как первые, особенно в смысле творческой энергии, но несомненно талантливые. Обычно это натуры беспо-

койные, деятельные, зачастую не смогшие устроиться так, как им хотелось бы, недовольные существующим строем и вечно ищущие новых путей.

Помимо этих отклонений в сторону усиления, плюса от среднего уровня, существуют довольно многочисленные отклонения в сторону общего или частичного ослабления и недоразвития умственных способностей. Эти многочисленные отклонения от нормы разного рода в той или иной степени могут быть бесконечно разнообразны, но естественно, что среди них полезных и пригодных для общества будет весьма немного, а большинство из них, все эти неудачники на различных жизненных поприщах, люди с неосновательными большими претензиями, разные непризнанные реформаторы, изобретатели, провозвестники новых истин и вообще люди неуравновешенные, с разными несбыточными мечтами, с крайне странным своеобразным мировоззрением, отметаются обычно жизнью, как бесполезные и ненужные. Между тем, эти лица в массе своей составляют обычный и неизбежный переход к душевно-больным в собственном смысле этого слова. Знать их во всей болезненности уклонений их душевной жизни представляется практически важной задачей, которая может в значительной степени содействовать оздоровлению общества. Подобные патологические личности, при известных, благоприятно сложившихся для них обстоятельствах, могут играть в обществе иногда огромную, совершенно не отвечающую значению их личности, далеко не безвредную роль и обусловить настоящие общественные психические эпидемии, в роде тех, что возникали в средние века в Европе (демономании, крестовые походы, разного рода эпидемии судорог, плясок, одержимости). Поэтому знание всех этих психических уклонений, изучение народной и массовой психологии может иметь огромное значение и является важной задачей практической психиатрии. В борьбе с разнообразными подобного рода явлениями безусловно нужны особые методы профилактики и умелое проведение основ психической гигиены.

С другой стороны, передача душевных заболеваний по наследству от больных родителей настолько общеизвестный и в достаточной мере изученный факт, что практическая психиатрия должна серьезно считаться с ним. Выяснение законов наследственности при душевных заболеваниях и необходимость предупреждения браков между лицами с тяжелой нервной и психической наследственностью в целях предотвращения их вредных для потомства последствий, ставит здесь психиатрию лицом к лицу с вопросом о подборе, об улучшении расы, с новой наукой—евгеникой.

Все это, вместе взятое, возлагает на практическую психиатрию третью, весьма важную и ответственную задачу, осуществление которой должно проводиться в общегосудар-

ственном масштабе,—это изучение свойств и распространения душевных болезней и профилактика их.

Итак, к практической психиатрии общество и государство пред'являют три больших основных задачи: общественную правильную организацию психиатрич. помощи, установление правовых отношений душевно-больных с точки зрения гражданского и уголовного права, изучение свойств и распространения душевных болезней и практическое осуществление профилактики их, по возможности во всей стране, в большом государственном масштабе.

В силу того обстоятельства, что задачи и обязанности государства по отношению к душевно-больным стали ясно и правильно, с научной точки зрения, пониматься сравнительно недавно, ни одно из государств, за исключением разве Англии, не сумело в должной мере обнять и с исчерпывающей полнотой хорошо во всех отношениях поставить психиатрическое дело. Особенно много в этом отношении оставалось желать для нашей страны даже в эпоху наибольшего развития у нас земской психиатрии, в довоенное время. Русские психиатры должны приложить все усилия к тому, чтобы достигнуть наилучших практических результатов в этой области, особенно памятуя то обстоятельство, что развитие и практическая постановка психиатр. помощи, как показывает сама жизнь, является самым чутким и точным реактивом для всякой страны, для каждого государства: чем страна культурнее, тем выше и лучше поставлено в ней дело помощи душевно-больным, тем лучше в ней обеспечены лечение и права их.

Но этими тремя основными вопросами далеко не исчерпывается все значение психиатрии в реальном практическом смысле. Она имеет немаловажное значение в разрешении практических вопросов уголовного и гражданского права и, поскольку может служить к выяснению психопатологических положений, важна для правозаступников и иных представителей юриспруденции. Дело в том, что прежние нормы уголовного права, как показывает практика жизни, с течением времени стареют, отставая от взглядов и отношений современного общества; законы, приспособляясь к жизни, устанавливают иные, новые методы борьбы с правонарушителями, являющимися врагами общества и требуемых им норм общежития. Но все эти новые законы, уставы, декреты и положения могут быть стойки, целесообразны и вполне удобоприменимы в том лишь случае, если будут базироваться на данных, выработанных судебной психопатологией, занимающейся точным и об'ективно-научным изучением преступников или преступных типов.

Психопатологические моменты должны приниматься во внимание юристами и для гражданского права. Во всяком

случае, современный юрист не может вполне правильно разбираться в своей специальности, если он не будет в достаточной степени осведомлен в психологии и в области психопатологических уклонений.

Не менее важное значение имеет психиатрия и в деле воспитания детей, в педагогике, особенно если иметь в виду олигофреников, отсталых и трудно-воспитуемых детей. Проблема воспитания отсталых и ненормальных детей разработана теоретически и обоснована была уже давно, но тем не менее особых результатов прежде не наблюдалось, в настоящее же время она входит в новую фазу развития, и успешное разрешение ее, несомненно, обеспечено, и это потому, что особенно тщательно стали принимать во внимание данные, полученные психиатрами при изучении душевных заболеваний, случаев недоразвития и аномалий в психике у детей.

Нельзя не остановиться хотя бы в немногих словах на том, какое важное значение имеет знание основ психиатрии, возможность и умение пользоваться выработанными ею приемами для всякого врача практика, к какой бы медицинской специальности он ни принадлежал. Уже издавна, со времен глубокой древности, жрецы и маги, занимавшиеся врачеванием разного рода недугов, прибегали к методам внушения, и в тех случаях, где была подходящая почва, т.-е. когда имелось дело с неврозами, получались благоприятные результаты, поражавшие окружающих и так высоко подымавшие авторитет этих чародеев в глазах простого народа. И в настоящее время врач не мало проигрывает, если он недостаточно знаком с психиатрией и приемами психологических методов лечения в соответственных случаях; если же он хороший врач практик, то он уже сам по себе почти инстинктивно умеет так подойти к больному и психологически воздействовать на него, что неврозы в его руках дают хорошие результаты, будет ли то истерия, травматический невроз, какие-либо навязчивые состояния и т. п. Несомненно, врач, хорошо практически знакомый с приемами психотехники, является более полноценным, чем, напр., при одинаковом уровне знаний врач, располагающий только терапевтическими приемами, т. к. имеет в своем распоряжении для воздействия на своего пациента и лекарственные способы воздействия, и психологические; а эти последние в деле лечения во многих случаях имеют первенствующее значение. Конечно, знание, одной психологии далеко недостаточно для врача практика и только психопатология, т.-е. настоящая психиатрия, которая имеет дело с психопатологическими явлениями и уклонениями от нормальной психики, научает нас, как поступать и что следует предпринять, чтобы достигнуть желаемых результатов в каждом индивидуальном случае.

Глава II.

Выбор психиатрии как специальности.—Особенности врачебной деятельности врача-психиатра и качества, необходимые для его повседневной работы.

В виду всего вышеизложенного, нелишним будет остановиться на вопросе о том, при каких условиях и с какого времени лучше всего практически приступить врачу к изучению психиатрии. Есть старые опытные врачи, которые советуют практическую врачебную деятельность начинать с какой угодно специальности—терапии, офтальмологии, педиатрии, но отнюдь не с психиатрии; как на причину подобного выбора они указывают на то, что при современном состоянии психиатрии невозможно, мол, достигнуть в этой области хотя сколько-нибудь ободряющих лечебных результатов и что не следует молодому врачу начинать с такой специальности, которая сделает его вскоре безнадежным пессимистом, а с другой стороны эта юная и ищущая все новых путей специальность слишком обширна, приходя в самую тесную связь с целым рядом родственных дисциплин, требует ознакомления и подготовки и с этими областями медицинских знаний, затрудняет неопытного в выборе иногда между существенным и несущественным, так что едва ли многие могут удовлетворить всем этим требованиям. Поэтому, говорят они, лучше всего, целесообразнее приниматься за практическую психиатрию врачу пожилому, искушенному на жизненном поприще, вооруженному достаточным опытом, знанием медицины и владеющему врачебной критикой.

Другие, считая также, что за практическое изучение психиатрии должны приниматься только уже опытные врачи, приводят иные доводы, а именно, что психиатрия является составною частью учения о внутренних болезнях, и поэтому, говорят они, всякий врач должен сначала основательно ознакомиться с отделом внутренних болезней, приняться затем за изучение нервных болезней, также составляющих лишь часть отдела внутренних болезней, стать опытным невропатологом и только уже после этого заняться психиатрией, которая является последним звеном в изучении обширной области заболеваний центральной нервной системы, и знание каковой возможно лишь при такой тщательной, продолжительной и последовательной подготовке.

Во многих странах Западной Европы, как, напр., в Дании и Скандинавских государствах, выработался совершенно иной подход к этому вопросу—там первую психиатрическую помощь призваны оказывать молодые, недавно окончившие курс врачи каких угодно специальностей, служащие в общих соматических больницах, причем эти последние, в видах приближения психиатрической помощи к населению, зачастую играют роль

bureaux d'admission, и почти всякий остро-психически заболевший, прежде чем попасть в специальную психиатрическую лечебницу, поступает в особое отделение (иногда просто отдельную палату) соматической больницы. Для осмотра такого больного на дому и помещения его в больницу командируются молодые врачи, интерны больницы, обязательно прослушавшие курс психиатрии и в течение нескольких месяцев изучавшие практическую постановку вопроса и распознавание душевных заболеваний в больших специальных психиатрических больницах страны, под руководством выдающихся психиатров. Здесь они достаточно хорошо знакомятся с основными приемами обращения с душевно-больными и при своих командировках являются достаточно опытными, чтобы суметь по всем правилам психиатрической техники доставить острого душевно-больного в соответственную спокойную больничную обстановку, после непродолжительного пребывания в которой б-ой переправляется в психиатрическую лечебницу, под наблюдение специалистов-психиатров. Результаты этого чрезвычайно отрадны, т. к. при большом проценте поступления свежих случаев, в период благоприятный для излечения, получается высокий процент выздоровлений. Естественно, что молодые врачи при первых же шагах своей практической деятельности видят хорошие результаты лечения и не имеют основания разочаровываться в психиатрии и методах, применяемых ею.

Переходя к рассмотрению вопроса о выборе психиатрии как специальности, можно сказать по адресу врача, решившего посвятить себя ей всецело, то же, что и при выборе всякой иной специальности—хорошо, будет настоящий толк, если человек берется за это дело по природному к нему влечению, как за наиболее интересное для него дело, по любви к нему, по склонности, когда все другие соображения отступают далеко на второй план. В деле служения душевно-больным и работы при них особенно важную роль всегда играет эта любовь к делу, склонность к нему, п. ч. все остальное, хотя безусловно важное—опыт и знание,—приходит постепенно и со временем; любовь и большая преданность делу очень сокращают период этой технической подготовки и выучки, и в дальнейшем для врача, посвятившего себя этой специальности, приобретенные опыт и знание открывают широкое поле для применения всех этих знаний и в бо́льшем масштабе и более целесообразно.

Правда, душевные болезни имеют, даже в благоприятных случаях, медленное течение, и здесь нельзя видеть таких быстрых и отрадных результатов лечения, как напр., в хирургии, офтальмологии или случаях инфекционных заболеваний, но все же при методическом лечении и соответствующих благоприятных условиях есть все основания рассчитывать на достижение вполне благоприятных результатов. Надо много

настойчивости и терпения, чтобы в продолжение долгого времени выжидать еле заметного улучшения в ходе болезни, но зато наступление долго ожидаемого выздоровления служит достаточной наградой за все. Психиатру, любящему свое дело и всецело преданному ему, знакомы исключительные минуты полного душевного удовлетворения. Эти моменты не часты, но они все же бывают, и как со стороны выздоровевшего пациента, так иногда и со стороны всей семьи его признательность бывает безгранична; и врач-психиатр приобретает в их глазах совершенно исключительный авторитет.

Конечно, врачи, посвятившие себя этой специальности, обычно хуже обеспечены в материальном отношении, нежели врачи иных более доходных специальностей, зачастую приходится мириться им с тяжелыми условиями жизни где-нибудь в захолустьи, месте обычного расположения больших больниц-колоний для душевно-больных, вдали от больших культурных центров и т. д. Но сознание особой пользы, приносимой, в деле трудного восстановления утраченной было человеческой личности и необходимости облегчения тяжелых душевных страданий неизлечимо-больных служит до известной степени компенсацией за все это.

С другой стороны, эта наука, близко стоящая к вопросам философии, познания самого себя, познания основных высших свойств человеческой личности, изучения всех душевных проявлений и их отклонений от нормы, в значительной степени может удовлетворять всякого научно-интересующегося человека, посвятившего себя изучению человеческой природы в самом широком смысле этого слова. Вот почему, вероятно, приходится видеть, что врач, с молодых лет посвятивший себя изучению психиатрии и практическому служению ей, никогда почти не покидает ее, не меняет на другую, более удобную или выгодную специальность. Мало того, служение этой науке становится иногда чем-то наследственным, передающимся по традиции от отца к сыну, и, действительно, мы видим это в семьях Пинэлей, Фальре во Франции, Тьюков в Англии, Вестфалей, Гудденов в Германии и некоторых других.

В чем же лежит основное отличие деятельности врача-психиатра по сравнению с деятельностью всякого другого врача-специалиста? Это отличие лежит в особенностях взаимоотношений этих двух групп врачей к их пациентам, что станет вполне понятным, если принять во внимание, что никакое другое заболевание не ставит заболевшего в столь необычное положение, как душевное расстройство. Психическая болезнь зачастую совершенно изолирует заболевшего от других, даже самых близких ему, здоровых лиц. Заболевший душевным расстройством испытывает в своем болезненном состоянии столь чуждые, столь необычные для него переживания, что не находит в опыте своего прошлого об'яснений этому, не

находит слов и выражений для изображения своих переживаний и живет в дальнейшем, предоставленный самому себе, в кругу своих болезненных представлений. И тут никто из окружающих не в состоянии в должной мере помочь ему, близко подойти к нему и заговорить с ним понятным, успокаивающим его языком. Только опытный и сердечный врач-психиатр может понять, достаточно оценить внутреннее состояние такого душевно-больного, только он сумеет найти способы проникнуть в тайники его внутренних переживаний и найти подходящие слова об'яснения и ободрения. Вот почему так легко, скоро и доверчиво душевно-больные подчиняются авторитету опытного психиатра и ищут в нем невольно твердую нравственную опору для себя. Понятно, что личность врача может действовать на больного с исключительной благотворностью, превосходящей все другие, иногда, виды целебных воздействий.

Главные основные задачи, которые надлежит выполнить врачу-психиатру в отношении душевно-больного пациента, сводятся к следующему. Так как душевное заболевание изолирует, в известной степени, заболевшего от всего внешнего мира, уничтожает зачастую интерес к окружающему и отчуждает от самых близких и дорогих людей—детей, родителей, друзей, то естественно, что заболевший становится совершенно одиноким, чувствует всю страшную нравственную пустоту вокруг себя, усиленную иногда тягостными бредовыми идеями и пугающими его образами, вследствие испытываемых обманов чувств. При этих условиях только опытный врач-психиатр в состоянии бывает вполне уяснить себе всю болезненную изолированность больного, проникнуть в содержание беспорядочных, иногда до хаотичности, мучительных переживаний больного и разобраться в них. У больного, погруженного в свои переживания и своеобразные ощущения, остается зачастую очень немного, что соединяет его с действительной, реальной жизнью. И вот тут-то глубокое понимание творящегося внутри больного, известного рода проницательность дает опытному врачу возможность искусно поддержать эту слабую нить, которая связывает внутренний мир больного с действительностью.

Другое, на что должно быть направлено внимание врача-психиатра, это умение поддержать измененную иногда до неузнаваемости, разрушающуюся личность больного и из обломков ее помочь восстановиться, при выздоровлении больного, прежней его личности. Опытный психиатр достигает этого при помощи своего личного авторитета, создавая такую обстановку и ставя больного в такие условия, при которых болезнь будет протекать наиболее благоприятно,—отклоняя, напр., одни впечатления, явно вредные для больного, и доставляя другие, которые не только не повредят больному,

но и поддержат в больном здоровые инстинкты и остатки здорового сознания.

Главное же, пожалуй, что требуется от психиатра, это поддержать в больном душевный мир и уверенность в возможности выздоровления или, по крайней мере, поправления и возвращения в родную семью и привычную для больного обстановку. Это достигается не легко, и тут должна быть употреблена в ход вся бдительность, внимательное изучение больного, ровное, уверенное и прямодушное отношение к больному и твердая настойчивость в проведении намеченного плана лечения. Больше всего, конечно, участие врача может принести пользу больному в условиях правильно поставленной больничной обстановки и определенного режима.

Из всего этого вытекает, что необходимыми основными свойствами истинного врача-психиатра, при глубокой любви к делу и преданности ему, должны быть—проникающая все действия врача гуманность, мягкость, обходительность в обращении, терпение, полное во всех случаях самообладание и в то же время большая воля и твердость в достижении поставленных себе задач при ведении доверенного ему важного дела. Такими именно рисуются известные психиатры. Такими были: *И. М. Балинский*, отец русской психиатрии, столь безвременно погибший, *С. С. Корсаков*,—этот удивительный по гуманности и любви к душевно-больным один из крупнейших и лучших русских психиатров, *И. А. Сикорский*, обладавший поразительным даром расположить к себе душевнобольного и умевший подойти к больному так, как никто; из крупных земских психиатров—*В. И. Яковенко*, *П. П. Кащенко* и *К. Р. Евграфов*, один из известнейших провинциальных психиатров, необычайно преданный своему делу и личным примером во всю свою врачебную деятельность учивший окружающих, как надо жалеть душевно-больных и как можно и должно жертвовать им и досугом и здоровьем. Таким же, по рассказам, является *Magnan*, один из самых выдающихся и прославленных французских психиатров,—проницательный, с нежной любящей душой, с твердой волей и прямодушный.

Глава III.

Краткий исторический очерк развития психиатрии и психиатрической помощи в древности, в средние века и до конца XVIII столетия.

Душевные заболевания присущи человечеству, и едва ли будет ошибочным допустить, что они так же стары, как само человечество. Во всяком случае, о них имеется свидетельство как дошедших до нас преданий, так и сохранившихся древнейших памятников письменности и вообще культуры. Так, описания душевных расстройств и указания на способы лече-

ния их мы находим в древнейших египетских папирусах, за 6.000 слишком лет до нашего времени, то же встречается в древне-индийских Ведах, в Илиаде, в Одиссее, в Библии, в Евангелии наконец. Стоит вспомнить лишь древне-библейское сказание о сумасшествии Вавилонского царя Набу-Хабу-Абанассара (Навухудоносора), долгие годы считавшего себя превращенным в священное животное Ассиро-Вавилонян—быка, страдавшего, несомненно, согласно нашим теперешним взглядам психиатрии, ликантропией, царя Саула, испытывавшего по временам приступы тяжелой тоски и бывшего, повидимому, эпилептиком, одного из героев Илиады—Аякса, впадавшего в дикое бешенство и покончившего с собой во время одного из подобных приступов и т. д. Из этих же древних памятников письменности мы знаем, что древним известна была и симуляция душевных заболеваний. Из этих случаев симуляции выясняется, что уже тогда с несомненностью решен был спорный и модный в современной психиатрии вопрос о симуляции—кто симулирует душевные болезни и прибегают ли к симуляции душевно-здоровые. Как известно, библейский Давид, бежавший от мщения Саула к Гефскому царьку Анхусу, весьма искусно притворился безумным и нашел, благодаря этому, необходимые для себя приют и покровительство; другим, правда неудачным, примером симуляции может служить притворство Одиссея, не желавшего вначале принять участие в Троянском походе и притворившегося душевно-больным, но его притворство было изобличено не менее хитроумным, чем сам Одиссей, Нестором. Из этих обоих примеров мы видим, что к симуляции душевных болезней прибегали, в виду необходимости, лица исключительной одаренности.

В глубокой же древности были известны также настоящие психические эпидемии истерического, несомненно, характера. Так, Геродот передает, что в древней Арголиде дочери одного Аргосского царя за оскорбление ими священной статуи богини Геры были превращены ею в коров—они убежали из дворца, бегали по лугам, щипали траву, мычали и вели себя, как соответственные животные. Я не стану останавливаться еще на других примерах, скажу лишь, что древние имели обыкновение приписывать происхождение душевных расстройств действию разгневанного божества или вхождению в человека злого духа.

Следует отметить, что в противовес этим наивным и суеверным взглядам греческий гений уже в отдаленные времена правильно определял истинную сущность душевных заболеваний. Известно, что Гиппократ, живший в 5 веке до нашей эры, определенно учил, что душевные расстройства зависят всецело от заболевания головного мозга. Он был первым, кто подметил и ясно описал такие душевные заболевания, как

меланхолия и мания, кто рассматривал эпилепсию, как проявление заболевания головного мозга, и первый же своим пытливым умом подметил особенности психики дегенератов, неустойчивых лиц и выделил их в особую группу. Будучи превосходным практическим врачом, он весьма удачно умел лечить душевные заболевания, употребляя целесообразные способы и средства, и смотрел на душевные болезни, как на излечимые во многих случаях.

Здраво смотрели на сущность душевных заболеваний и относили их за счет болезни головного мозга и последующие великие врачи древней Эллады и Рима: Асклепиад, Цельз, Аретей, Гален, Целий-Аврелиан и другие. Все они правильно оценивали значение душевных заболеваний, природу их происхождения, умели лечить, ставить соответственный прогноз и давать правильные советы по уходу за душевно-больными, советы полные гуманности. Хотя нам известно, что в ту эпоху при многих храмах существовали особые институты для исцеления различных недугов, в том числе и душевных болезней, но существовали ли лечебницы для душевно-больных и приюты в нашем смысле,—сомнительно. Тем не менее, психиатрия древних греков и римлян достигла значительного развития, шла по правильному пути естествознания и, вероятно, достигла бы еще более значительного развития и больших успехов, если бы не падение римской цивилизации и наступление вслед затем длительного периода средневекового варварства, во время которого были забыты почти все достижения в психиатрии, добытые в эпоху грекоримской культуры.

Средние века, с их варварством и грубым суеверием, были тяжелой эпохой для душевно-больных, которые не только не имели никакой защиты и охраны своих прав и не могли рассчитывать на лечение и призрение, но уничтожались в огромном количестве, как одержимые диаволом или имевшие общение с адскими силами. Боязнь демонов и возможность утраты вечного спасения души стали настоящей психической эпидемией средневековья, особенно усилившейся в начале XV века, когда инквизиция поднялась на активную борьбу в защиту господства католической церкви от козней диавола и воздвигла поистине огненное гонение на всех тех, кто был заподозрен в сношениях с диаволом. С этого времени инквизиция стала посылать на костры сотни и тысячи невинных, имевших несчастье быть заподозренными в колдовстве или вообще в сношениях с нечистой силой, причем от гибели не спасали ни пол, ни возраст, ни высокое общественное положение: так, было много случаев, когда сжигали живыми детей, отмеченных „печатью диавола“. В числе погибших было особенно много разного рода душевно-больных: меланхоликов, ликантропов, дегенератов, особенно же истеричных,

так как, с одной стороны, эти лица наиболее часто выдавали себя истерическими судорожными приступами, трактовавшимися как одержимость диаволом, а с другой стороны имели истерические стигматы, особенно полную анэстезию каких-либо мест на теле к значительным болевым раздражениям. Они разыскивались и легко в населении находились особыми лицами, которые и определяли их, как имевших на себе печать сатаны. Костры с несчастными душевно-больными, жертвами невежества и суеверия, пылали по всей Западной Европе до половины XVIII века

Важно иметь в виду то обстоятельство, что большинство этих несчастных, в сущности душевно-больных, чаще всего не искали оправдания, не прибегали ко лжи или скрыванию чего-либо в своих показаниях, а, как истинные душевно-больные, сами себя обвиняли и с величайшими подробностями рассказывали о своих мнимых сношениях с диаволами, о личном участии в шабашах ведьм и т. п., передавая обо всем этом в том именно виде, в каком в то время это традиционно было установлено средневековыми легендами. Разумеется, идеи, особенно интересовавшие и волновавшие в то время общество, с особенной силой внедрялись в сознание душевно-больных (преимущественно истеричных), возникая в одних случаях самостоятельно, в других, более частых, путем соответственного внушения, передавались целому ряду лиц, если встречалась вполне подготовленная психическая почва, и порождали психические эпидемии, приводившие к пыткам и сожжению заживо сотен и даже тысяч несчастных.

Итак, три обстоятельства лежали в основании того страшного дела, что в Западной Европе так беспощадно проявлялась борьба с воображаемыми сторонниками злого духа, в большинстве, как мы знаем, с несчастными душевно-больными,—нелепое, издавна укоренившееся суеверие, вера во власть адских сил и в то, что она проявляется теми симптомами, которые характеризуют собственно душевные или тяжелые нервные заболевания: судорогами, галлюцинациями, анэстезией, конфабуляцией; эдикты грубых пап, и взявшая на себя обязанность искоренять проявления диавольского внушения инквизиция. Вот почему на Западе долгое время оставались гласом вопиющего в пустыне мнения отдельных передовых людей и даже эдикты и распоряжения гуманных и выдающихся по уму правителей. Известно, напр., что еще в начале IX века Карл Великий особым указом (в 805 г.) воспретил подвергать сожжению на костре за колдовство. Во Франции Людовик XIV указом, изданным в 1662 г., отменил разного рода пытки и казни ведьм и самые дела о колдовстве, чарах и волхвованиях передал в обычные общегосударственные суды. Многие передовые люди того времени, ученые и особенно врачи, мужественно возвышали свой голос против

актов подобной нечеловеческой и бессмысленной жестокости и с риском для себя протестовали против подобных ужасов. В числе их следует отметить жившего в середине XVI века *Johann'*а *Wier'*а, понимавшего и доказывавшего в своих трудах, что на кострах инквизиции гибнут невинные душевно-больные, галлюцинанты и истеричные. Кроме *Wier'*а, следует вспомнить добрым словом доблестных защитников душевно-больных—*Ponzimbius'*а, *Jean'*а *Baptist'*а *Port'*у, *Montaign'*я и некоторых других, мужественно высказывавшихся в том же приблизительно смысле.

Во всяком случае, до конца XVII века, когда под влиянием начавшегося изучения естественных наук стали вырабатываться более правильные понятия о душевных заболеваниях и особенностях проявления их у душевно-больных, не могло быть и речи о какой бы то ни было правильной организации дела призрения душевно-больных.

Первые начатки практической постановки дела призрения душевно-больных в Европе должны быть отнесены к VIII или началу IX века, а именно—есть указания, что в 805 г. был издан указ Карла Великого, согласно которого многие душевно-больные стали призреваться в различных монастырях. С этого времени некоторые монашеские ордена в Западной Европе, в целях богоугодного благотворения, стали заниматься медициной и лечением больных, между прочим и душевно-больных, которых начали кроме того и призревать в особоотведенных помещениях при монастырях, согласно вышеупомянутого указа Карла Великого. С другой стороны, есть указания и на то, что несколько раньше, в VII веке, в период расцвета арабской культуры и могущества нескольких арабских халифатов, в Феце, Багдаде и Каире были устроены арабами первые приюты для душевно-больных. Под влиянием этого примера у испанцев, входивших в особенно тесное общение с арабами и частью заимствовавших их культуру, был основан небольшой приют для душевно-больных в провинции Валенсия. Приют этот возник по инициативе приора монашеского ордена Милосердия (*de la Mercie*), а затем, значительно позднее, был основан такой же приют в Сарагоссе. Первое значительных размеров учреждение для душевно-больных, насколько известно, основано было в XV веке в Дублине в Ирландии, при монастыре во имя Вифлеемской божией матери. Это всем известный—по сокращенному местному произношению—Бедлам. Вслед затем приюты для душевно-больных были открыты в половине XVI века в Италии (Бергамо, Флоренция, Рим), а в 1660 г.—знаменитый Hôtel Dieu в Париже и в XVIII столетии там же Bicêtre, Salpetrière, Charanton и др. Приблизительно в это же время был открыт психиатрический госпиталь св. Луки в Лондоне. Вскоре затем появляются больницы и приюты для

душевно-больных и в других странах: Германии, Бельгии и т. д. Разумеется, подобные учреждения, являясь настоящими оазисами в разных странах Европы, оставляли желать очень и очень многого, в смысле сколько-нибудь удовлетворительной постановки дела, так как все призрение душевно-больных сводилось, по свидетельству одного беспристрастного исследователя истории медицины, к тому, что к больным относились там „не слишком бесчеловечно". В других же странах душевно-больные или оставались совсем без всякого призрения или, что было гораздо хуже, убивались, замучивались и сжигались живыми на кострах во славу „священной инквизиции", будучи обвинены в колдовстве и в сношениях с диаволом. Во многих местах душевно-больные, представлявшие ту или иную опасность для окружающих (нападения, поджоги, попытки на изнасилование), забирались в тюрьмы и влачили здесь тяжелую жизнь, будучи заключены в колодки или прикованы на цепях к стенам и столбам, на ряду с тяжкими уголовными преступниками.

Для изыскания средств на содержание душевно-больных зачастую прибегали к тому, что за незначительную плату пускали желающих смотреть на них, как на диких или редких животных. В Англии, напр., это было обычным явлением до конца XVIII века. О лечении во всех этих учреждениях едва ли могла быть и речь, особенно принимая во внимание, что большая роль в деле вразумления душевно-больных была отведена плети, палке и тяжелым связкам ключей, ударами которых щедро награждали больных служителя и надсмотрщики. Были также в ходу разные меры стеснения, спеленывания, особые стоячие в рост человека створчатые ящики, наподобие футляров больших часов, куда заключали возбужденного больного и т. д. и разного рода мучительные водяные процедуры, в виде, напр., длительного холодного душа на голову. Однако, важно было уже то, что мало помалу привыкали смотреть на душевно-больных все же как на больных людей, а не как на злодеев и преступников, а если так, то естественно должны были с течением времени наступить реформы и преобразования в деле призрения и ухода за душевно-больными. Раньше всего эти реформы произошли в странах наибольшей культуры, где призрение душевно-больных оффициально существовало уже издавна, т.-е. во Франции и Англии. Известный английский филантроп *Howard* в конце 90-х годов XVIII столетия, об'ехав многие государства Европы и изучив там постановку дела призрения душевно-больных, сделал по возвращении в Лондон соответственный доклад, настаивая на переустройстве на иных лучших началах дела помощи душевно-больных и на выведении их из тюрем. Ряд выдающихся английских врачей и между ними *Will*, *Tuke*, *Holl*, *Canolly*, обратили

серьезное внимание на это дело и стали к успехом работать над более правильной постановкой психиатрической помощи. Между прочим, *W. Tuke* основал в 1792 г. знаменитое психиатрическое убежище в York'е, где в основу положено было самое гуманное и терпеливое отношение к душевно-больным.

Однако, самым знаменитым в этом отношении все же является известный французский психиатр *Pinel*, который с огромным риском для себя первый во Франции снял оковы с душевно-больных. Он был врачем большого госпиталя Bicêtre, часть которого была отведена для душевно-больных. Он давно уже настаивал на том, что душевно-больные требуют не жестокого, чисто тюремного режима, не цепей и плетей, а соответственного ухода за собой и лечения. Несмотря на кровавую эпоху французской революции, он, рискуя собственной головой, если бы его предложение не понравилось революционному трибуналу, поднял в Парижской Коммуне вопрос о немедленном освобождении душевно-больных Bicêtre'а. На другой день один из членов Конвента Couton, случайно присутствовавший на докладе *Pinel*'я, явился в Bicêtre, чтобы проверить истину слов *Pinel*'я, заподозрив врача в контр-революционных стремлениях. В конце-концов он убедился, что *Pinel* прав, и согласился на снятие цепей с душевно-больных. Сорок несчастных душевно-больных, прикованных цепями к стенам в темных помещениях, были освобождены *Pinel*'ем в тот же день от цепей и выведены на свежий воздух. Это было в 1792 г., а по другой версии— в 1793 г. Этим актом было положено начало наглядному применению несвязывания, нестеснения, той системы ухода за душевно-больными, которая впоследствии стала известна, как система „no-restraint". Реформа *Pinel*'я нашла вскоре отголосок себе в других странах, и его последователями и преобразователями всего дела призрения душевно-больных явились: *Chiarruggi* в Италии, *Langermann* в Германии, *Guislain* в Бельгии. В Англии практические меры нестеснения были введены *Conolly* значительно позднее—в 1839 г.

Глава IV.

Развитие практической психиатрии в России в старину, при Петре I, Екатерине II, при приказах Общественного Призрения.—Земская психиатрия.—Окружные лечебницы.—Основание психиатрической кафедры в России.

Развитие психиатрии в России носило особенные, своеобразные черты. Что касается того, какие взгляды существовали здесь на душевно-больных в старину, то следует сказать, что здесь эти взгляды, как, впрочем, и в других славянских землях, были схожи в общих чертах с теми, что существовали в то время в Западной Европе. Также существовал взгляд на бесоодержимых, особенно среди женщин, признавали пор-

ченых, кликуш и т. д. Порча и вселение злых духов, бесов производились, по общепризнанным верованиям, особыми лицами—колдунами и ведьмами, им же приписывалась способность превращаться в разных животных—собак, кошек и особенно волков („волхà"—оборотень в некоторых местностях) и в виде таких оборотней всюду рыскать и вредить людям.

Начиная со времени введения христианства на Руси и до половины XVIII века известен—по летописям и другим историческим источникам—целый ряд судебных процессов, касавшихся колдунов, ведуний и волхвов, обычно кончавшихся пытками и сожжением обвиняемых на костре, но все же к чести страны и народа можно сказать, что здесь не было столь многочисленных жертв суеверия и дикого фанатизма, как в Западной Европе, не было здесь и таких грандиозных эпидемий бесоодержимости.

Начало призрения душевно-больных на Руси было положено в первобытных, правда, примитивных, чертах в очень давние времена, вскоре по принятии христианства. Еще князь Владимир поручил (в 996 г.) церкви оказывать необходимую помощь и призрение больным и нуждающимся; в числе больных были и душевно-больные, которые не исключались из покровительства церкви, а Феодосий Печерский был, повидимому, первый, начавший регулярно оказывать помощь и призрение душевно-больным. С момента возникновения православных монастырей, с их благотворительными учреждениями, в них стали призреваться и душевно-больные. Страдающие душевным расстройством назывались на Руси, как известно, блаженными, юродивыми и одержимыми. Эти последние соответствовали острым душевным больным и подлежали, по уставу, духовному исправлению или исправлению в разуме и находились на особом попечении, пока не наступало выздоровление. В Уложении 1669 г. впервые упоминается о необходимости в некоторых особых случаях помещать душевно-больных в монастыри принудительно, в видах охраны общества от вреда их свидетельских показаний (что представляло по тогдашним временам громадную опасность для оговариваемых), главным же образом по причине их неразумных действий и опасных поступков.

Собственно первым, обратившим серьезное внимание на положение душевно-больных и попытавшимся законодательным путем установить попечение о душевно-больных со стороны государственной власти и определить их права, был Петр I, который в 1723 г. возложил на Главный Магистрат обязанность отсылать душевно-больных в специальные монастыри для проживания там. В случаях помешательства в семьях привиллегированных сословий об этом приказано было уведомлять Сенат, который имел право признавать наличие душевного заболевания и должен был озаботиться дальнейшей

судьбой заболевшего и охраной его имущественных прав. Почти до конца XVIII века продолжали помещать душевнобольных в монастыри, за неимением соответственных больниц. В 1762 г. Петр III издал особый указ, предписывавший Сенату помещать душевно-больных в особо построенные дома по образцу иноземных государств, так назыв. долгаузы. Екатерина II этот указ подтвердила, временно же, до постройки специальных заведений, было приказано призревать пока душевно-больных в Зеленецком Новгородском монастыре и в Андреевском Московском. Кроме того, для тех же надобностей были назначены три монастыря—в Петербурге, в Московской и Казанской губерниях. В 1775 г. забота о душевнобольных возложена была на Приказы Общественного Призрения, и вскоре, в 1779 г., было основано отделение для душевно-больных при Обуховской больнице в Петербурге (собственно говоря, функционировать оно стало лишь с 1782 г.). Затем была основана в 1785 г. в Москве Преображенская больница для душевно-больных, а в следующем 1786 г. был устроен дом для душевно-больных в заштатном Максаковском монастыре Новгородской губернии. Значительно позднее была основана образцовая больница для душевно-больных под Петербургом (в 1828 г.)—это была больница Всех Скорбящих, открытая в 1832 г., ныне 1-ая Психиатрическая, имени Фореля. В 1872 г. была открыта, как специальная психиатрическая, больница св. Николая чудотворца, перешедшая в 1885 г. от Попечительного Совета в ведение СПБ. Городского Общественного Управления. С 1919 г. эта больница переименована во 2-ю Психиатрическую.

На Приказы Общественного Призрения законом возложено было устройство для душевно-больных особых домов—„просторных и кругом крепких“, чтобы „утечки из них учинити не можно было“. Затем даны были указания, чтобы надзиратели этих домов были лица пристойные, добросовестные, твердые и исправные. При домах полагался известный штат прислуги, которой вменялось в обязанность человеколюбивое обхождение с больными, но вместе с тем предписывалось следить, чтобы они не причиняли вреда себе и другим.

Такого рода заведения были затем основаны во всех губернских городах. Но дело постановки призрения душевнобольных во всех этих учреждениях было плохо, как по недостатку отпускаемых средств, так и по недостатку врачебного и иного персонала, а главным образом вследствие невежества и малой заинтересованности общества в судьбе несчастных душевно-больных. Уже в 40-х годах прошлого столетия правительством было обращено внимание на плохую постановку дела и для упорядочения и улучшения его созван был особый комитет, который выработал план устройства особых „окружных домов для умалишенных“, по одному на целый район, состо-

ящий из нескольких смежных губерний. Дело это, впрочем, замедлилось, и только в 1860 г. была открыта 1-ая окружная лечебница в Казани. Но затем решено было, с введением в большинстве губерний земства, передать дело устройства больниц для душевно-больных земствам, к которым и перешли обязанности и денежные средства Приказа Общественного Призрения. Правительство выражало, кроме того, готовность помочь земствам в устройстве больниц для душевнобольных, уплачивая часть стоимости построек, при условии постройки зданий по типу утвержденного правительством проекта архитект. Штрама и проф. Балинского.

Полученные от Приказа Общественного Призрения психиатрические отделения оказались крайне недостаточными, а главное невозможно запущенными и из рук вон плохо поставленными, а т. к. земствам вменено было законом в обязанность принимать душевно-больных, не отговариваясь недостаточностью помещений, то поневоле пришлось спешно приступить к постройке новых отделений и больниц для душевнобольных. Сознание необходимости поставить по возможности сразу же хорошо эту новую отрасль земской медицины заставило земства, иногда с большим напряжением денежных средств, строить новые больницы, вполне удовлетворяющие современным требованиям.

Благодаря энергии многих передовых земств дело пошло хорошо и быстро двинулось вперед, т. ч. постановка дела призрения достигла неизмеримо лучшего положения по сравнению с Приказ. Обществ. Призрения, и количество призреваемых душевно-больных в некоторых губерниях увеличилось в десять и больше раз против того, что призревалось при Приказах. Сами больницы стали строиться с соблюдением главных гигиенических условий, большими и светлыми и в них были уничтожены, по возможности, прежние методы стеснения душевно-больных, введен трудовой режим для душевнобольных в мастерских и на открытом воздухе—в огороде, лесу или поле, были приглашены настоящие специалисты-психиатры, процент выздоровлений быстро повысился, а процент смертности, наоборот, резко понизился. Словом быстро наступила эпоха расцвета земской психиатрии. В больших городах и особенно в обеих столицах было открыто по несколько психиатрических больниц. Так, в Петербурге, помимо существовавших уже больниц св. Николая чуд. с несколькими филиальными отделениями и больницы Всех Скорбящих, была открыта больница св. Пантелеймона на ст. Удельной и там же больница, так наз дом призрения Александра III, а по Петергофскому шоссе—обширная больница-колония на Новознаменской даче. В Москве, кроме Преображенской больницы, построена была Алексеевская больница на Канатчиковой даче. Затем возникли во многих губерниях психи-

атрические больницы-колонии—Покровско-Мещерская в Московской губ., Бурашевская около Твери, Сапогово возле Курска, Колмово около Новгорода, Голенчино близ Рязани, Томашев Колок в Самарской губ., Кувшиново близ Вологды и некоторые другие.

Не то было в неземских губерниях—в них дело призрения душевно-больных оставалось на прежнем, крайне низком уровне, но так как количество больных все прибывало, а насущная потребность в их помещении в специальные учреждения все возрастала, то чтобы отчасти хотя помочь этой великой нужде, было приступлено к постройке окружных лечебниц. Таковые были построены в Творках близ Варшавы, в Вилейках под Вильно, в Виннице, а позднее были открыты Московская окружная лечебница и Томская.

Конечно, дело постановки практической медицины оставляло желать еще многого, в особенности по сравнению с Западной Европой, но все же в начале этого столетия в России было уже около 100 специальных психиатрических заведений, с количеством до 27000 больничных кроватей. Это было, разумеется, недостаточно, так как далеко не все остро-психически заболевшие и не все опасные для окружающих душевно-больные находили себе своевременный приют, соответственный уход и должное лечение.

Практическое и научное значение такой важной отрасли медицины, как психиатрия, давно стало уже сознаваться в России в оффициальных кругах, и преподавание психиатрии было введено впервые при Медико-Хирургической Академии в 1835 г. Первым преподавателем был проф. *Шипулинский*, на которого была возложена, впрочем, обязанность читать лекции и по внутренним болезням. После него еще несколько лиц несли обязанности по преподаванию психиатрии, но по-настоящему первым профессором психиатрии был *Ив. Мих. Балинский*, при содействии которого было наконец открыто в 1859 г. клиническое отделение для душевно-больных, и с этого времени правильно начала функционировать кафедра психиатрии.

Талантливым продолжателем его дела в Военно-Мед. Академии явился проф. *Мержеевский*, а его сменил исключительно талантливый и большой психиатр, здравствующий и поныне *Вл. Мих. Бехтерев*, давший целый ряд своих учеников, занимающих в настоящее время ряд психиатрических кафедр в СССР,—*Осипова, Поварнина, Останкова, Протопопова* и др. Из других наиболее известных русских психиатров нельзя не отметить столь рано угасшего *С. С. Корсакова, И. А. Сикорского, Сербского, Щербака, Чижа, Ковалевского, Муратова, Лазурского, Суханова, Гиляровского, Давиденкова, Селецкого.*

Глава V.

Принципы организации психиатрической помощи в стране.—Подготовительные приемы для осуществления правильной постановки психиатрич. помощи в стране.—Перепись душевно-больных, разные способы ее осуществления.—Результаты, даваемые переписью, и выводы на основании ее.

Одной из важнейших основных задач практической психиатрии, как мы видели, является правильная организация психиатрич. помощи в стране. К рассмотрению этого вопроса я и перехожу. Прежде нежели говорить о том, какие больницы или лечебные учреждения необходимо строить для душевно-больных и как практически осуществлять задачи призрения таких больных, необходимо выяснить наличие в стране, области или губернии количества душевно-больных и основные формы душевных заболеваний. Как показал опыт, правильная организация психиатрического дела требует, чтобы с самого начала дело было налажено хорошо, самые основы дела были бы правильно заложены, так как иначе плохая или неправильная постановка дела всегда обойдется в конечном итоге значительно дороже правильно и хорошо поставленной.

Для начала дела необходимо, чтобы была произведена тщательная регистрация душевно-больных среди всего населения, перепись душевно-больных. Однако, самая перепись душевно-больных должна исходить от основных своих задач, имея в виду то обстоятельство, каких больных нужно будет взять на учет. Дело в том, что при организации психиатрической помощи всегда имеются две основные задачи—лечить душевно-больных и избавить от них население, как от ненужного и вредного элемента, которому население не в состоянии оказывать необходимого соответственного ухода. Первая задача безусловно должна являться основной и главнейшей, но и вторая задача не из маловажных, если на нее смотреть правильно, с гуманной точки зрения, имея в виду на первом плане интересы душевно-больных, а не исключительно и не главным образом интересы здоровых лиц общества, для которых заботы о заболевших членах тягостны и крайне неприятны. Ведь и не свеже-заболевшие душевно-больные, а также слабоумные от рождения, эпилептики и другие нуждаются если не в лечении в собственном специальном смысле, то в хорошем и умелом призрении и уходе. Правда, во многих странах, и в России также, при обсуждении вопроса о попечении о душевно-больных нередко доминирующее значение имел тот мотив, что необходимо освободить здоровых людей от опасного и тягостного сожительства с умалишенными и избавить население от опасных и нетерпимых в общежитии душевно-больных. Мы не можем и не должны руководствоваться подобного рода мотивами, потому что не призваны освобождать и как бы спасать общество от его душевно-

больных, мы всегда и всецело должны стоять на точке зрения соблюдения интересов самих душевно-больных. Составляющие бремя для своих семей, а следовательно и для общества, душевно-больные являются—буйные, беспокойные, опасные и неопрятные хроники, т. е. такие душевно-больные, о которых едва ли позволительно думать как об излечимых. Но разумеется все эти категории душевно-больных должны получить, при правильной постановке психиатрического дела в стране, надлежащее призрение в особых учреждениях типа ли богаделен, типа ли колоний, патронажей и т. д., о чем речь будет впоследствии. Но в первую очередь надо иметь ввиду случаи острые, лечимые, когда своевременное врачебное вмешательство и правильно проведенное лечение может спасти заболевшего душевно-больного, поставить его на ноги и вернуть его семье и обществу, как полезного члена.

Имея это ввиду, правильно проведенная перепись душевно-больных в стране, районе или губернии должна охватить по возможности все случаи заболеваний как острых, так и хронических, как душевно-больных в собственном смысле, так и олигофреников, эпилептиков и других, причем необходимо отмечать также и категории их по степени затруднительности ухода за ними, опасности их и т. д.

Ввиду всего изложенного небесполезно будет ознакомиться несколько подробнее с наиболее известными переписями и с полученными при них результатами.

Впервые вполне научно и хорошо в практическом отношении была произведена перепись душевно-больных в Бернском кантоне в Швейцарии в 1871 г. Здесь были зарегистрированы как душевно-больные в собственном смысле, так и слабоумные, и идиоты. Эта регистрация совпала с государственной переписью всего населения, но производилась, имея и специальную цель, особыми лицами при содействии 60 человек местных врачей, работа которых была об'единена общим руководством одного из опытных и выдающихся психиатров кантона. Она была подготовлена особыми циркулярами, разосланными всем кантональным властям, общинным управлениям и вообще всем лицам и учреждениям, заинтересованным в правильном ведении переписи. Особенно подчеркивалась необходимость оказания всяческого содействия врачам и переписчикам. Все врачи участники были об'единены особой конференцией, задачи их точно выяснены и действия в известных отношениях согласованы. Следует отметить, что посторонние врачи были совершенно исключены из участия в работе и наоборот для этой цели были приглашены врачи, пользовавшиеся наибольшей популярностью среди всего местного населения. Вся работа, начиная с подготовки и выработки техники выполнения и кончая получением результатов и подведением итогов, заняла несколько больше

года (с сентября 1870 г. по конец октября 1871 г.), причем было обследовано до 500000 жителей. Метод регистрации был применен двойной, с последующей дополнительной проверкой, что уточняло, разумеется, результаты переписи.

До настоящего времени эта перепись считается образцовой, и потому следовало так подробно остановиться на ней. Действительно, она была широко задумана и отлично выполнена как в научном, так и в практическом отношении, преследуя исключительно высокие гуманные цели. Все по возможности было тщательно обдумано и взвешено, не было ни значительных промахов, ни поверхностного отношения к делу, введена была большая точность и вполне научные методы статистики. Важнее же всего, с моей точки зрения, было то, что здесь не задавались исключительной целью выбрать из состава населения опасных и неудобных в общежитии лиц и защитить общественную безопасность здорового населения, а больше всего, как было оповещено в особых циркулярах к населению, государство шло всячески навстречу тому, чтобы по возможности помочь всем душевно-больным, которые нуждались в помощи, лечении и уходе, и потому у населения не являлось и не могло быть никакого желания и надобности утаивать и не сообщать региструющим врачам о каких бы то ни было душевно-больных в семье или в общине.

В прежнее менее культурное время (особенно в смысле развития психиатрии и понимания ее задач) делали упорные и по большей части тщетные попытки непременно открыть и разыскать среди населения всех опасных душевно-больных и постараться сделать их безвредными, но впоследствии практически и научно подошли к пониманию простой, очевидной истины, что излишне подразделять душевно-больных на опасных и неопасных, что и те и другие просто особый род больных, и что как больные они все нуждаются в медицинской помощи с тем лишь различием между ними, что одни нуждаются главным образом в лечебной помощи, другие же в призрении и соответственном уходе.

Полученные при подобной переписи, лишенной всякой предвзятости и особых тенденций, результаты оказались наиболее точными, наиболее верными и наиболее, так сказать, естественными. Здесь следует отметить только одну особенность, одну деталь, с первого раза как бы незначительную, но оказавшуюся потом весьма важной и ценной для статистики. При производстве Бернской переписи выяснилось, что из всего количества зарегистрированных душевно-больных мужчин оказалось 48,04%, а женщин—51,96%. С первого раза это показалось странным и не вполне понятным—до этого повсюду считали за естественное и общепризнанное обратное: преобладание в количественном отношении душевно-больных мужчин над женщинами в населении, соответственно

чему при постройке психиатрических больниц под мужские отделения обычно отводили помещения с большим количеством коек, нежели под женские отделения. Но дело об'ясняется довольно просто—прежде всегда как-то почти бессознательно руководились взглядами об опасности со стороны душевно-больных для общества, и если смотреть только с этой точки зрения, то большее количество душевно больных, нуждающихся в изолировании в специальные заведения, всегда окажется среди мужчин, так как в общем они сильнее физически, при заболевании злобнее, опаснее и больше проявляют разрушительных и агрессивных стремлений, создавая больше затруднений при уходе за ними—по сравнению с женщинами—при условиях нахождения в семье. Так или иначе, но все последующие переписи душевно-больных в тех или других странах, имевшие место в разное время после Бернской переписи, показали, что душевно-больных женщин в населении всегда несколько больше, нежели душевно-больных мужчин.

Вторая важная по своим научным и практическим результатам перепись душевно-больных была произведена гораздо позднее, в 1888 г., в той же Швейцарии, но в другом—Цюрихском кантоне. При этой переписи были использованы опыт и результаты Бернской переписи. Цюрихской переписи предшествовали специальные с'езды представителей общин, и с'езды эти происходили под председательством опытных в статистической работе членов кантональных статистических бюро. Население и особенно главы семейств были извещены особыми воззваниями и циркулярами. Врачи и здесь работали исключительно местные и пользовавшиеся особенной популярностью среди населения. Они не только устраивали предварительные совещания между собой, но и конференции с представителями населения, которым подробно излагали сущность и план предстоящей работы по переписи душевно-больных в кантоне.

Эта перепись, на которую был затрачено так много умственной энергии, труда, времени и значительных денежных средств, справедливо считается одною из самых образцовых по своей научности, точности и полученным при ней исчерпывающим результатам. Точность работы и здесь обязана системе двойной регистрации. В этой переписи также были получены данные, показывавшие, что количество душевно-больных женщин в населении больше, нежели душевно-больных мужчин, а именно—52,7%, мужчин же только—47,3%.

Из других переписей душевно-больных, имевших место в Западной Европе, известен целый ряд. Здесь я в немногих словах остановлюсь еще на переписи, имевшей место в Саксонии и совпавшей по времени с переписями, предпринятыми

у нас земствами. Она произведена была на ряду с общегосударственной переписью населения в 1895 году. Здесь % отношение душевно-больных мужчин и женщин оказалось таким же, как и при переписях в кантонах Швейцарии и других переписях, производившихся в различных странах Западной Европы, а именно—49,3% мужчин и 50,7% женщин.

Перейду теперь к краткому рассмотрению переписи душевно-больных в России и результатов, полученных при этом. Первая большая перепись подобного рода была произведена в 1893 г. в Московской губернии. Она была выполнена особо-приглашенными для того врачами-психиатрами. Московская перепись имела в виду выяснить, между прочим, количество опасных и неудобных для общежития душевно-больных. И вот при подведении статистических данных получилось 60% душевно-больных мужчин и только 40% душевно-больных женщин в населении. На 3070 душевно-больных (население гор. Москвы в расчет не входило) 900 чел. было слабоумных от рождения. На каждые 10.000 населения здесь оказалось 21,3 душевно-больных или немного больше 2,1 на тысячу. Одно это уже указывает, что в данном случае перепись была неудачна и дала неправильные результаты, значительно меньшие действительных цифр, что впоследствии легко можно было установить из сопоставления с данными, полученными в аналогичных случаях в других странах.

Вскоре после этого, в 1896 г., была произведена перепись душевно-больных в населении Петроградской губ. (столица в эту перепись не входила). Тогдашнее земство, приступая к планомерной постановке психиатрического дела в губернии, произвело перепись, не приняв, однако, во внимание тщательно разработанные и испытанные уже методы, примененные при переписях душевно-больных в разных странах Западной Европы, и потому в техническом отношении сделаны были большие ошибки и упущения. Так, земство пригласило для переписи врачей-психиатров со стороны, которые не знали как следует местных условий населения и к тому же не были об'единены в заданиях своей работы, потому что упустили из виду собрать их вместе для обсуждения основных вопросов переписи и выработки однообразного плана работы. В виду этого, у разных врачей получились неоднородные данные—так, некоторыми была пропущена регистрация эпилептиков, в половине уездов оказалось больше душевно-больных мужчин, в других четырех—больше душевно-больных женщин. Словом, эта перепись, на которую, однако, затрачены были значительные денежные средства, оказалась далеко не точной, и ее цифровые данные весьма далеки от желаемого совершенства. Точнее говоря, получились неверные статистические результаты. Следует отметить, что все же количество душевно-больных здесь оказалось относительно бо́льшим, нежели по све-

дениям переписи в Московской губернии, а именно 2,4 на тысячу (24 на 10.000 человек населения).

При обеих этих переписях отмечались свойства и продолжительность болезни, что давало возможность подразделить всех больных на категории и решить, какое количество больных нуждается в помещении в психиатрическую больницу и какое не нуждается и могло бы до поры до времени остаться в среде населения. По этим, далеко впрочем неточным данным, 20—30% всех зарегистрированных душевно-больных безусловно нуждались в общественном призрении, так как принадлежали к числу свеже-заболевших, подававших надежду на излечение (приблизительно 7—8% общего количества), или таких хроников, которые являлись опасными, буйными, беспокойными или неопрятными и неподходящими в силу этого для жизни в условиях домашней обстановки.

В это же приблизительно время произведены были переписи душевно-больных в Смоленском и Нижегородском земствах, причем в Смоленской губ. эта перепись произведена была без участия врачей психиатрической губернской больницы через медико-статистическое бюро, а в Нижегородском земстве—статистическим бюро, производившим в то же время подворную перепись населения губернии. При этом были допущены большие и грубые ошибки, например, не записывали кликуш и пропускали эпилептиков. Таким образом, часть душевно-больных не попала в регистрацию.

Во всех этих производившихся в пределах России переписях известную роль играл взгляд на опасность душевно-больных для населения, желание прежде всего и главным образом зарегистрировать душевно-больных опасных и из'ять их из населения, т.-е. имел место скорее административный, негуманный и ненаучный взгляд, чуждый психиатрии, как-будто призрение душевно-больных должно на первом плане иметь в виду соблюдение удобств и безопасности здоровых членов общества, а не лечение, не благо самих душевно-больных. И вот, на основании всех этих переписей, можно видеть, что число душевно-больных мужчин повсюду оказалось больше, нежели женщин, а именно: в Московской и Нижегородской губерниях 60% мужчин и 40% женщин, в Петроградской губернии—53% мужчин и 47% женщин и в Смоленской—56% мужчин и 44% женщин.

Но вот в Орловском земстве, в период тех же 93—94 годов, была произведена перепись душевно-больных, причем этой переписью руководил д-р Якобий, сторонник и большой знаток вопроса о переписи по тщательно разработанным западно-европейским образцам, причем вопрос об опасно-душевных больных в анамнестических листках вовсе им не ставился, и тут получились результаты совершенно однородные с результатами швейцарских и немецких переписей—52% душевно-больных женщин и 48% мужчин.

В практическом отношении этот вопрос имеет большое значение. При произведенных в разное время в различных европейских странах исследованиях количества в населении душевно-больных мужчин и женщин, когда не задавались целью определять наличность только опасных душевно-больных, а стремились узнать подлинное количество всех душевно-больных,—всегда число душевно-больных женщин несколько превышало число мужчин. Так, в Англии процент всех душевно-больных мужчин—46, женщин—54%, во Франции—48% мужчин и 52% женщин, в Бельгии, Голландии и Скандинавских странах—47% мужчин и 53% женщин.

Следовательно, существуют какие-то особые факторы, особые биологические и социальные законы, в силу которых во всякой стране преобладает в населении некоторое количество душевно-больных женщин над числом душевно-больных мужчин; обратное же, повидимому, всегда будет указывать на то, что перепись велась с какими-то значительными погрешностями, недочетами и неточностями.

Конечно, цифры наличия душевно-больных в населении, добытые даже при самых точных и совершенных, повидимому, статистических данных и технических средствах переписи, будут иметь относительное лишь значение. Но во всяком случае эти данные могут в значительной степени быть отправными пунктами при рассмотрении вопроса о правильной организации психиатрической помощи в стране или в данной местности. Прежде всего важно иметь в виду, какое приблизительно количество душевно-больных мужчин и женщин нуждается в помещении в специальную больницу. При этом не следует упускать из виду того обстоятельства, что количество больных в ней будет все увеличиваться, и поэтому надо предположительно строить больницу в бо́льшем масштабе, нежели наличное в данный момент число душевно-больных. Этот прирост зависит от неуклонного прироста населения в данной стране или области, от бо́льшего количества поступающих в больницу по сравнению с выбывающими из нее, от увеличения—с ростом культуры—потребности в психиатрической помощи. Опыт показал, что в хорошо поставленных прежних психиатрических земских больницах ежегодный прирост больных составлял около 5% общего числа их за год.

Глава VI.

Практическое осуществление психиатрическ. помощи в стране.—Лечебницы для острых душевно-больных и приюты для хроников.—Необходимость помещения в специальную лечебницу душевно-больного как можно раньше от начала заболевания.—Приближение психиатрической помощи к населению, как одна из важнейших профилактических мер в деле предупреждения и лечения душевных заболеваний.—Децентрализация психиатрической помощи.—Район наиболее полезного действия психиатрической лечебницы.—Основные свойства психиатрической лечебницы.—Размеры, наиболее выгодные для лечебницы.—Приемы лечения в ней.—Врачебный, средний и младший персонал ее.—Особый строй жизни в психиатрической больнице.—Кто должен стоять во главе психиатрических заведений, и как они должны управляться.

Когда уже имеются данные относительно количества душевно-больных среди населения известной местности, известного района (губернии, области), то при решении вопроса о правильной организации психиатрической помощи населению приходится точно установить, кому именно и какую помощь необходимо оказать устройством специальных психиатрических учреждений.

Еще не так давно при устройстве психиатрических лечебниц подымался и дебатировался вопрос, что должно быть на первом месте, что должно решить в первую очередь—освободить ли общество здоровых людей от опасного и вредного пребывания среди них душевно-больных или, имея в виду только интересы лиц, имевших несчастье заболеть душевным расстройством, строить психиатрические больницы для острых душевно-больных с тем, чтобы лечить их и добиваться по возможности излечения их. Строго говоря, по всей справедливости организация психиатрической помощи в стране всецело и полностью должна быть в ведении государства, и оно должно бы выполнить ее как можно полнее и совершеннее, т.-е. чтобы все душевно-больные, а также и другие виды интеллектуально-дефективных суб'ектов—дебильных, имбецилов, идиотов, вообще разного рода олигофреников, слабоумных эпилептиков и пр.—получили бы соответственную необходимую для них медицинскую помощь, уход и призрение в соответственных больницах и приютах. Но пока осуществление в таком огромном государственном масштабе дела призрения душевно-больных остается только пожеланием, потому что требует для этого столь значительных денежных средств и работы такого количества высоко-квалифицированных специалистов в соответственных психиатрических учреждениях, что до сих пор ни одно из самых культурных и богатых государств, кроме Англии, не смогло осуществить его полностью.

Прежде, в период существования у нас земской медицины, многие земства, приступая к осуществлению организации психиатрической помощи в губернии, останавливались на распутьи, с чего начинать, и нередко выносили такие постано-

вления (Рязанское, Самарское и друг. земства)—призрение душевно-больных в первую очередь лечение их — дело второстепенное или во всяком случае последующее; главная обязанность земства это—освобождение здорового населения от нахождения в среде его душевно-больных, лечение же их должно быть осуществлено лишь впоследствии, когда в распоряжении земства будут достаточные для этого средства. Поэтому приходили к заключению, что в первую очередь следует строить психиатрические колонии (где-нибудь за городом) для хроников и сосредоточить здесь большую часть душевно-больных данной губернии.

Таким образом, прежние земства руководились главным образом соображениями экономического свойства, но осуществить и эти проекты обычно не удавалось, так как они сразу все же требовали огромных денежных затрат, и скоро выяснилось, что такие больницы-колонии сейчас же были бы заполнены, а для непопавших в них в первую очередь душевно-больных хроников, оставшихся в населении, пришлось бы воздвигать новые подобного же рода учреждения. Сама жизнь была против создания в первую очередь этого рода учреждений, и обычно земства приступали сначала к постройке психиатрических лечебниц. По существу это было не только правильным, но и единственно-возможным практическим решением вопроса.

Психиатрическая практика показала, что душевные заболевания дают тем лучшие результаты в смысле выздоровления, чем раньше остро-заболевшие психическим расстройством помещаются в специальные психиатрические больницы и чем раньше они подвергаются правильному систематическому лечению. Начальные, свежие от момента заболевания, случаи дают, по статистике главным образом западно-европейских стран, от 50 до 80% выздоровлений (St. Jurgens Asyl, — от 76,5% в 1894 г. до 80,5% в 1895 г.). Статистические данные окружной Казанской лечебницы подходят в 90 годах к этим цифрам *(Рагозин)*. Психические заболевания нескольких первых месяцев от начала заболевания дают 25—30%, через полгода—не более—10% и по прошествии года—только 5—6%. Принимая же во внимание, что выздоравливающий от острого душевного расстройства находится в больнице в среднем 4—6 месяцев, хроник же—около 4 лет, очевидно, что и чисто экономические соображения говорят за то, что выгоднее лечить острых душевно-больных, нежели призревать неизлечимых хроников.

В виду того обстоятельства, что дело призрения душевно-больных, в современном значении этого слова, в нашей стране сравнительно новое и до периода начала великой европейской войны не успело прочно стать на ноги, постановка его в широком государственном масштабе, нужно думать, едва ли осуществима. Накопление душевно-больных в населении, весьма

значительно, так что выбрать из населения весь запас душевнобольных какими бы то ни было приемами зараз, а затем принимать и дальше всех вновь заболевающих—дело явно невозможное. В виду этого и необходимо решить раз навсегда вопрос первостепенной важности—призревать ли хроников или же все усилия направить к оказанию помощи и к рациональному лечению острых, свежих случаев. Большинство прежних передовых земств, начиная с Московского, решало этот вопрос в смысле безусловной и неотложной необходимости оказания помощи острым душевно-больным и приступало к постройке лечебниц, оставив соображения о вреде и опасности со стороны душевно-больных, а следовательно и соображения о необходимости из'ятия их из населения, как не столь важное и едва ли осуществимое.

Наиболее целесообразной и правильной является та организация помощи душевно-больным, которая имеет в виду главным образом интересы самих заболевших. Практическая психиатрия установила факт тесной зависимости степени излечимости душевных болезней от их продолжительности, от начала проявления первых симптомов заболевания. Конечно, существуют душевные болезни, относительно которых с самого начала неизбежно приходится ставить самый неблагоприятный диагноз, как, например, эпилептическое помешательство, органическое поражение головного мозга или особенно прогрессивный паралич помешанных, с другой стороны, при современном состоянии психиатрии, учитывая значение конституции, приходится в некоторых случаях быть менее оптимистичным, нежели то было раньше, как, например, при разных формах dementiae praecocis, но все же, принимая во внимание всю массу душевных заболеваний, можно сказать, не впадая в большую погрешность, что % выздоровлений при психических расстройствах тем значительнее, чем в более ранний период болезни заболевшие получают надлежащую медицинскую помощь, и быстро понижается по мере продолжительности болезни.

Еще *Esquirol* вывел, на основании своих многочисленных наблюдений, что после 3 лет болезни выздоравливает не более $^1/_{30}$ всех больных, и он же установил, что после второго года болезни шансы на излечимость сильно падают, и что вообще едва ли можно надеяться на полное выздоровление, если в течение года не произошло заметного улучшения. Также *Гризингер* отметил то обстоятельство, что в душевных болезнях продолжительность для прогноза важнее, чем в каких-либо других болезнях. Действительно, английский, напр., врач *Retreat* констатировал до 80% выздоровлений при поступлениях в психиатрические больницы в первые 2—3 месяца от начала заболевания и только 40%—при поступлениях в период от 4 месяцев до года, *Winnenthal*—68% в течение пер-

вых 6 месяцев болезни и только 18% после двух лет от начала заболевания. *Ellinger* отмечает также до 70% излечений в первые месяцы болезни и только 20%—после года.

„Предсказание чрезвычайно много зависит от того, сколько времени прошло от начала болезни", говорит проф. *С. С. Корсаков.* „Большинство случаев выздоровления,—продолжает он,—бывает в первые месяцы от начала болезни. Если прошел год, то шансы на выздоровление значительно уже падают, а в третий год случаи выздоровления бывают уже редки. Повидимому, излечимость душевного заболевания много зависит,—добавляет он,—от времени, когда начато правильное лечение".

Из этого следует, что при организации психиатрической помощи населению надо иметь в виду то обстоятельство, что помощь эта должна создать такие условия, при которых душевно-больные поступали бы в больницу возможно раньше от начала заболевания, и должна быть направлена к устройству таких больниц, где больные находили бы наиболее целесообразное лечение. Для достижения первого из этих условий необходимо, чтобы население само понимало необходимость возможно раннего помещения своих близких в больницу и стремилось бы к тому, и чтобы раннее помещение было не только возможно, но и легко и удобно исполнимо. Очевидно, что население будет помещать своих больных для лечения только тогда, когда усвоит себе необходимость помещения, возможность лечения душевно-больных, пожелает этого лечения и будет знать, что психиатрическая больница дает это лечение и что это ее цель и назначение. Поэтому необходимо, чтобы широкие слои населения были хорошо осведомлены о пользе возможно раннего помещения в психиатрическую больницу заболевшего психическим расстройством близкого им человека, члена их семьи, а этого можно достичь распространением популярных брошюр и листовок, чтением соответственных лекций, бесед и многими другими способами, которые можно осуществить при создании нервно-психических диспансеров, о чем речь будет впереди. Особенно важную роль в этом отношении могли бы сыграть специальные общества, напр., общества психиатров, общества попечения о душевно-больных, которые занялись бы делом широкого ознакомления народных масс с сущностью душевных заболеваний, их профилактики, способов помещения и лечения душевно-больных, как это, напр., широко практикуется в Англии, Голландии, Германии и Соед. Штатах. У нас, в России, в тех местах, где давно уже функционировали земства и земские соматические больницы, там успех психиатрического дела был подготовлен уже благоприятной постановкой и хорошими результатами лечения в общих соматических больницах, так как население этих мест привыкло уже к этим больницам и

на практике убедилось в необходимости для себя медицинской помощи и осознало свое право на нее.

Не надо забывать, что в деле постановки медицинской помощи для населения известной страны психиатрическая помощь является завершением ее, венчает, так сказать, это дело. Несомненно в то же время, что психиатрия безусловно необходима не в меньшей степени, нежели терапия, хирургия и другие практические отделы медицины, и потому необходимо, чтобы психиатрия, особенно практическое знакомство с нею было обязательным предметом на всех медицинских факультетах. При этих условиях каждый практикующий врач, где бы это ни было—в уездном ли городе, в селе ли, в деревне ли,—окажется всегда на высоте, будучи приглашен к остро-заболевшему душевным расстройством, и сумеет, не теряя драгоценного времени, дать необходимый совет и, не прибегая к нецелесообразным мерам терапевтического вмешательства, сумеет дать заболевшему необходимый покой, надзор и уход и об'яснить, как все это сделать, а равно и то, как, не беспокоя и не расстраивая больного, препроводить его в специальную лечебницу.

В этом отношении особенно поучителен пример медицинского факультета, Копенгагенского университета, вменившего в обязанность всем врачам по окончании курса ознакомиться практически с уходом и лечением душевно-больных в главной психиатрической больнице страны, Рёскильде.

В стране достаточно богатой и денежными средствами, и медицинскими силами двери психиатрических больниц должны быть широко раскрыты для всех свежих лечимых случаев, которые могут дать при благоприятных условиях полное выздоровление. Поэтому было бы особенно хорошо и целесообразно, чтобы лечение острых случаев было совершенно бесплатным, чтобы денежный вопрос никогда не служил препятствием к помещению заболевшего душевным расстройством в специальную больницу. Помимо этого, в целях облегчения и ускорения доставки душевно-больного в больницу, следует и самую доставку взять на общественный счет. В некоторых странах, как напр., в Бельгии, Германии, Италии, к разрешению этого вопроса, в этом именно смысле, пришли чисто практическим путем. Что касается нашей страны, то жители глухих углов, сел и деревень могли бы доставлять заболевших членов своих семей в ближайшие участковые больницы для временного помещения острых душевно-больных в особые при них палаты, участковые же больницы должны переправлять таких больных в соответственную психиатрическую больницу, и эта пересылка между участковой и психиатрической больницей должна быть правильно налажена раз навсегда.

Идя далее в этом вопросе, надо отметить то обстоятельство, что в наиболее культурных странах в деле лечения

заболевших душевным расстройством не останавливаются в случае надобности—перед принудительными мерами, полагая вполне справедливо, что в данном случае принцип личной свободы или невмешательства государственной власти в семейную жизнь граждан отходит на второй план, т. к. этого могут требовать интересы государства, подобно обязательному, напр., обучению детей грамоте, всеобщему оспопрививанию или прививке при эпидемиях соответственных вакцин. В самом деле, если родители не имеют морального права оставлять детей неграмотными или без прививки оспенной вакцины, то точно также они не имеют права оставлять детей, заболевших душевным расстройством, без специальной психиатрической помощи и лечения из-за того, что не знают о необходимости при душевных заболеваниях тотчас же приступить к соответственному лечению в специальной психиатрической лечебнице.

Если взять страны с высоко поставленной научной и практической психиатрией, особенно что касается оказания психиатрической помощи населению, то увидим, напр. в Шотландии, что малоимущие больные, в силу специального закона, всегда обеспечены надлежащей психиатрической помощью. В Голландии особый медицинский инспектор следит за тем, чтобы душевно-больные пользовались на дому у родных надлежащим уходом и лечением, в случае же неудовлетворительности в этом отношении немедленно извещает государственного прокурора на предмет изменения положения душевно-больного и принятия должных мер. Во Франции закон, хотя и допускает содержание заболевшего душевным расстройством на дому, но во-первых, под наблюдением и за ответственностью ближайших родственников (отца, матери, брата, сестры, жены или мужа), а во-вторых, на срок до трех лишь месяцев, после же этого времени родственники обязаны уведомить о том прокурора, который в случае надобности назначает медицинско-психиатрическое освидетельствование и особый надзор.

Но для того, чтобы можно было с чистой совестью требовать обязательного помещения в специальную больницу всякого остро-заболевшего психическим расстройством, как безусловно необходимого и полезного для больного, надо, чтобы медицинская сторона была поставлена в больнице на исключительную высоту. Важно также, чтобы при подобном требовании не была задета и этическая сторона. Совершенно понятным, например, является негодование и неудовольствие со стороны родственников больного, если его помещают в одно отделение вместе с душевно-больными арестантами и преступниками. Даже если стоять на той точке зрения, что все люди равны, и болезнь всех уравнивает, то все же остается в силе справедливое указание родных на то, что душевно-больные пре-

ступники обычно очень грубы, циничны, держатся зачастую непристойно и вызывающе, что речь их и поведение могут шокировать и оскорблять людей более культурных, хорошо воспитанных, совершенно не привыкших к подобному обществу.

Итак необходимо, чтобы население смотрело на психиатрическую больницу, как на важнейшее средство и как на учреждение, куда только и следует помещать близкое им лицо, заболевшее душевным расстройством. Но прежде всего необходимо, чтобы эта больница была близка и доступна.

Родственники заболевшего тем легче решаются на помещение своего больного в психиатрическую больницу, чем лучше они знают условия пребывания и лечения в ней, чем ближе она к больному и чем, следовательно, легче и чаще они могут навещать и сами видеть своего больного. В итоге будет: чем ближе больница и доступнее для заболевшего, тем раньше он в нее попадет и тем, поэтому, больше шансов на его выздоровление. Отсюда следует—для того, чтобы иметь возможность лечить свежие случаи душевных заболеваний и получать большой % выздоровлений, необходимо приблизить психиатрическую помощь к населению.

Некоторыми авторами, из числа земских работников-психиатров, установлено (первый был д-р *Баженов*), что существует тесная зависимость числа помещений от расстояния, на котором живет заболевший от больницы. Эта же статистика показала, что местности ближайшие к району больницы дают наибольший процент выздоровлений (до 21,5%), далее отстоящие — в три раза меньший (приблизительно 7,5%) и наиболее отдаленные — едва четвертую лишь часть (5,8%). Можно сказать, что количество помещений душевно-больных в психиатрическую больницу довольно правильно указывает, как население хочет или может пользоваться услугами данной больницы, хотя в то же время число наличных, состоящих в больнице больных обусловливается множеством весьма сложных факторов—гигиенических (смертность), медицинских (выздоровления), административных (выписка больных) и т. д.

На основании довольно точных статистических данных установлено, что полезное действие психиатрических больниц (по крайней мере, в обстановке нашей действительности) для большинства губерний не превышает расстояния в 50—60 километров. Повидимому, такое расстояние является крайним пределом притяжения больницею подлежащих лечению случаев. Принимая эти 50—60 километров за радиус полезного действия психиатрической больницы, найдем, что район полезного действия психиатрической больницы составит площадь приблизительно в 11000, 12000 квадр. километров, что в среднем составит лишь четвертую часть большинства наших населенных, центральных губерний СССР. Иначе говоря, для правильной постановки психиатрической помощи населе-

нию необходимо было бы иметь приблизительно три, четыре психиатрических больницы в губернии. Действительно, земская медицина путем статистических вычислений и опыта пришла к заключению, что для правильной постановки психиатрической помощи каждая губерния должна бы иметь три подобных психиатрических центра. Но и хорошо поставленные вначале и богато в материальном отношении обставленные русские психиатрические больницы, как показал опыт, вследствие быстрого переполнения их нелечебными случаями, роковым образом неизбежно превращались в дорого стоящие богадельни. Поэтому несомненно большую помощь и большее значение в лечебном отношении имели бы небольшие сравнительно психиатрические больницы для помещения в них острых лечебных случаев.

Если обратиться в этом отношении к истории практической психиатрии Западной Европы, то мы увидим, что еще *Гризингер* в 70-х годах прошлого столетия высказывался за желательность устройства в стране ряда небольших психиатрических больниц, которые обслуживали бы по возможности все острые лечебные случаи душевных заболеваний в населении. На одном из психиатрических конгрессов доктор *Макферсон* высказался за то, чтобы при соматических больницах были устроены небольшие психиатрические отделения для помещения в них остро-заболевших психическим расстройством. Впервые это и было сделано в некоторых больницах Шотландии. Эти так называемые Reception-Houses оказались настолько удобными и полезными в лечебном смысле, и в экономическом, и в общеорганизационном, что подобные учреждения вскоре затем были осуществлены в Лондонском графстве. Позднее, в 1896 г., *Шольц* снова поднял вопрос о постройке в стране небольших психиатрических учреждений для острых больных, указывая на то, что с расширением попечения и забот о душевно-больных число таких небольших больниц неизбежно должно увеличиться, причем он полагал, что полезный размер психиатрической больницы не должен превышать 300—350 кроватей. Вскоре затем за подобные же учреждения высказался и проф. *Sommer* (1898 г.). Поддерживая в этом отношении Шольца, он примыкал в сущности ко взглядам Гризингера, который настаивал на том, чтобы во всяком по возможности городе были устроены небольших размеров психиатрические лечебницы для острых случаев, по 30—50 кроватей каждая. Отмечено, между прочим, что Дрезден, население которого со всеми пригородами достигало 600—650 тысяч, вполне хорошо обслуживался психиатрической больницей на 60—65 кроватей. Лечебные результаты, получаемые в этой лечебнице, весьма высоки — до 40% выздоровлений, и это имеет тем большее значение, что через эту лечебницу — вследствие значительной смены больных — проходило за год более тысячи.

В Германии еще в конце прошлого столетия насчитывалось до 50 городов, располагавших такими небольшими лечебницами, которые несомненно играют до сих пор важную роль, предупреждая переполнение больших областных психиатрических больниц, которые, благодаря этому, могут функционировать правильно и вполне целесообразно.

Что существуют известные соотношения между количеством населения в стране и размерами площади, полезно обслуживаемой психиатрической больницей, установлено и для небольших наиболее культурных государств Западной Европы. Оказывается, что максимально-полезное действие психиатрической больницы всего лишь около 20 километров, а средне-полезное, что особенно надлежит иметь ввиду, приблизительно 40 километров или площадь с подобным радиусом в 5000 кв. килом. По этому расчету, напр., Голландия, у которой площадь страны около 33000 кв. километров и 20 психиатрических лечебниц, располагает средней площадью полезного действия психиатрической больницы около 1750 кв. километров, Саксония—при 15000 кв. кил. и 8 больницах—около 2000 кв. килом. и т. д.

Следовательно, психиатрическая помощь населению отчасти лишь обусловливается количеством больничных коек в стране, значительно же большую роль играет приближение этой помощи к населению и ее децентрализация. Особенно важно, поэтому, не устройство далеко отстоящих друг от друга крупных больниц а сеть небольших психиатрических больниц, обслуживающих небольшие округа.

Приближение психиатрической помощи к населению, устройство возможно большего числа больниц и при одинаковом, и даже меньшем числе коек, группировка их в меньшие по размеру, равномерно распределенные больницы—вот основной принцип правильной организации психиатрического дела. Отступление от этого основного положения, сознательное или в силу каких-либо иных непредвиденных или непреодолимых условий, будет не только бесполезной тратой значительных денежных средств, но и делом прямо-таки вредным для населения известного района той или другой страны, т. к. постройка большой психиатрической больницы остановит дальнейшую правильную организацию психиатрической помощи населению и будет препятствовать перейти к другой, более целесообразной форме психиатрической помощи.

Практической психиатрии нельзя не считаться серьезно с тем обстоятельством, что с увеличением промежутка времени от начала психического заболевания до момента поступления заболевшего в специальную больницу % выздоровлений быстро падает, и чем дольше затянуть болезнь без лечения, тем меньше шансов на выздоровление. Поэтому, при правильной постановке психиатрического дела в стране все усилия

соответственной организации должны быть устремлены на то, чтобы уловить, так сказать, и поставить в наилучшие условия излечения по возможности все лечебные случаи, а для этого нужно захватить все свежие случаи заболевания, „уловить их во времени", не прозевать, не тянуть, и „уловить их в пространстве", приблизив к ним психиатрическую помощь и привлекая в больницу ближайших больных. Практика психиатрической помощи западно-европейских стран показала, что 12 — 15 коек на 100000 жителей, при целесообразном распределении их, дают наилучшие результаты в большом государственном масштабе.

Можно вполне справедливо сказать, что слишком большая территория страны, обслуживаемая одною даже хорошей и большой психиатрической больницей, быстро портит ее, ухудшает постановку в ней помощи и лечения, т. к. скоро заполняет ее нелечебными случаями, хрониками, превращая больницу, по выражению *Marandon de Montyel*'я в „фабрику неизлечимых". С другой же стороны такая большая и дорого обошедшаяся психиатрическая больница вредит стране и ее населению, т. к. естественно препятствует реорганизации психиатрического дела, постановке его на других, более полезных началах. Действительно, крупный расход, сделанный в нецелесообразной форме, не дает возможности произвести новые крупные затраты на иную постановку специальной помощи. Таким образом, большая психиатрическая больница, рассчитанная на обслуживание большого района, вредит населению, не давая ему настоящей психиатрической помощи в данный момент и лишая его этой помощи в ближайшем будущем. Справедливо, поэтому, опытные старые психиатры говорили, что дурно задуманная психиатрическая больница есть чрезвычайная роскошь, которую можно себе позволить только располагая огромными денежными средствами. Если же таких средств нет, то надо сразу строить хорошие и целесообразные психиатрические лечебницы.

Исходя из всех этих соображений, германские психиатры, напр. *Гризингер*, *Шольц*, д-р *Альт*, *Зоммер* и др. полагали, что наиболее полезным в медицинском и экономическом отношении являются психиатрические больницы с числом кроватей от 300 до 500, при большем же скоплении больных необходимо уже принимать особые меры для скорейшей децентрализации, как это сделано напр. в Англии. В этой последней пришли к выводу, что для правильного проведения в больнице системы no-restraint и open-door невозможно иметь более 500 больных, иначе весь строй больничной жизни принимает механический и казарменный характер. Но и в пределах 500 кроватей в больнице наиболее полезным и потому особенно желательным оказывается разделение больницы по павильонам, вместимостью не свыше 30 человек больных в каждом.

По выработанной в Англии и Шотландии терминологии, больницы именуются малыми не свыше 400 кроватей, от 400 до 600 — средними и от 600 до 800 — большими (D-r *Henry Rayner* директор Hanwell-Asylum). Свыше 800 кроватей больниц очень немного. При подсчете расходов на больных в этих больницах оказывается, что в психиатрических больницах средних размеров расходы эти обходятся в меньшую сумму, нежели в крупных.

Помимо этого, следует отметить, как общее правило, что смертность больных в больших психиатрических больницах выше, нежели в малых и средних, т. к. они ниже в медицинском отношении, нежели эти последние. Вообще в Англии, этой классической стране отличной постановки психиатрической помощи, давно уже пришли к заключению, что большие психиатрические больницы дают наиболее высокий % смертности, малый % выздоровлений и требуют наибольших расходов на содержание каждого призреваемого.

Конечно, не следует гнаться за слишком большой экономией в психиатрическом деле, т. к. те же статистические данные установили, что чем больше тратится денег на больницу, тем лучше она обставлена и тем больше дает число выздоровлений, строгая же экономия понижает их полезность (д-р *Chapman*).

Более всего практически полезным было бы, если бы небольшие психиатрические лечебницы для острых больных служили, в период острого процесса у больного, подсобницами для большой, областной, напр., психиатрической больницы, отчего последняя не перегружалась бы хрониками, что и осуществляется, как мы знаем, в Германии и частью в Англии. При соблюдении всех этих условий через многочисленные небольших размеров лечебницы пройдет особенно много и притом с хорошими лечебными результатами острых душевнобольных, и таким образом полезное действие больниц будет особенно значительно, п. ч. считается почти аксиомой, что чем больше больница, тем через нее проходит относительно меньше больных; следовательно каждая койка ее обслуживает в год меньшее число больных, а потому медицинская польза от нее меньше, и в конечном итоге большая больница неизбежно превращается довольно быстро в дорогую и бесполезную психиатрическую богадельню, в психиатрическое убежище для хроников.

В начале своего заболевания душевно-больные необычайно чувствительны к разного рода неблагоприятным влияниям, а в особенности к влияниям нравственного и нервного характера. Это обстоятельство, по мнению крупных специалистов, обусловливает чрезвычайную смертность в первые месяцы болезни и быстрое наступление неизлечимости, вследствие условий, лишающих больных в течение длительного времени

необходимой для них уединенности, тишины и спокойствия. Еще *Гризингер* установил, что наибольшее количество смертных случаев у душевно-больных наблюдается в течение первых полутора лет. И если душевно-больные не будут с самого начала поставлены в наиболее благоприятные лечебные и гигиенические условия, то быстро делаются неизлечимыми. При улучшении условий ухода за душевно-больными, при большем понимании того, что необходимо для душевно-больного, в смысле его выздоровления, % смертности значительно понизился, по сравнению с прежним временем. Прежде, напр., страшные „психические отделения“ приказов общественного призрения давали (по *Пастернацкому*) ужасающую цифру смертности до 20, 25 и даже до 30%, теперь же цифра смертности должна считаться не больше 10% в плохих психиатрических больницах, а в хорошо поставленных не выше 6 и даже 5%.

При поступлении душевно-больного в психиатрическую больницу он должен получить здесь возможный максимум пользы для себя. Как и всякий больной, свеже заболевший душевным расстройством должен найти здесь наиболее подходящую и удобную для него обстановку и наилучший уход и лечение. Следует иметь ввиду, что благоустроенная психиатрическая больница должна быть достаточно просторна, натоплена в холодное время года, защищена от перегревания лучами солнца в жаркое время года, светла, иметь хорошую вентиляцию и обладать в палатах, да и в других помещениях идеальной чистотой. Я не говорю уже о том, что самые помещения, как палаты, так и комнаты дневного пребывания, столовые, корридоры и пр., должны быть обставлены самой необходимой мебелью, которая должна быть проста, гигиенична, удобна и напоминать по возможности не больничную обстановку, а встречающуюся в обычной жизни. Ни темные, особенно центральные корридоры, ни мрачные плохо освещенные палаты, ни решетки в окнах не должны бы иметь места. Помимо чистоты, простоты обстановки, свежего воздуха в помещениях и возможной тишины, больные должны быть предохранены от всяких излишних и ненужных впечатлений, чтобы эти впечатления были только из числа самых необходимых, чтобы больной мозг имел должное спокойствие, и получаемые из числа неизбежных впечатления имели бы приятный, ласкающий и успокаивающий характер. Многие западно-европейские психиатрические лечебницы построены таким образом, что из окон и с веранд открываются красивые живописные виды окрестностей.

Второе необходимое для успешного исхода болезни условие—это целесообразное лечение и в особенности достаточное уделение каждому больному времени и внимания, чтобы больной в надлежащей степени мог быть исследован и чтобы он

все время не выходил из-под особенно внимательного наблюдения врача-специалиста, а это, разумеется, возможно далеко не всегда, по крайней мере в условиях наших психиатрических больниц. Если для удовлетворительной постановки дела призрения душевно-больных хроников достаточно одного врача на 100—200 и больше больных (в некоторых убежищах для душевно-больных хроников во Франции имеется по одному врачу на 800—1000 больных), то при тщательном медицинском наблюдении над свеже-заболевшими и правильном лечении их один врач едва может справиться с 25—30 больными. Для примера приведу известную Дрезденскую психиатрическую лечебницу, славящуюся своим исключительно высоким % выздоровлений: в ней при 60—65 постоянных койках, всегда впрочем занятых острыми душевно-больными, имеется четыре опытных врача-психиатра, т.-е. на одного врача приходится не более 15 человек больных. При большом количестве душевно-больных, приходящемся на одного врача, даже при самом добросовестном отношении к делу, со стороны последнего возможно лишь общее наблюдение за ними, призрение и лечение по мере лишь надобности и возможности, при минимальном же числе больных на одного врача возможно неусыпное наблюдение за больным, постоянное наблюдение за ходом болезненного процесса у душевно-больного и принятие своевременно всех мероприятий и способов лечения. Конечно там, где должен иметь место выбор между общим наблюдением за массой душевно-больных и необходимостью принять все меры к лечению острых, подающих надежду на выздоровление случаев, всякий врач пожелает и должен центр тяжести своей медицинской работы перенести на лечение этих острых больных.

Но одной медицинской помощи, хотя бы со стороны и весьма сведущего и весьма добросовестного врача-психиатра дело ухода за душевно-больными исчерпываться не может. Необходимо, чтобы уход как со стороны среднего, так и младшего персонала был самый тщательный, умелый и сердечный, т.-е. чтобы со стороны как надзирательского, фельдшерского, сестринского персонала, так и со стороны младшего—сиделок и санитаров—было всегда ласковое, предупредительное, спокойно-ровное отношение, мягкое, внимательное, терпеливое и кроткое. Разумеется, такое отношение могут проявить только лица с известным нравственным и интеллектуальным уровнем, подготовленные к тому же к делу ухода специальным образованием, тренировкой и более или менее продолжительным стажем. В наиболее цивилизованных и культурных странах Европы и в Сев.-Америк. Соед. Штатах эта сторона дела психиатрической помощи и ухода за душевно-больными поставлена очень высоко. В Англии, напр., при больших психиатрических больницах устроены специальные

школы для обучения делу ухода лиц младшего персонала; издаются особые руководства, существует специальный журнал, читаются лекции, устроены особые общежития с читальней, библиотекой, клубом и т. д. Чтобы поднять общий уровень образования, лекторы не ограничиваются чтением только по уходу за душевно-больными или сведениями по психиатрии, но читают также по обще-медицинским вопросам, по естествоведению и общей литературе. За последнее время в Англии проводится даже система постепенного повышения общего уровня образования, и требуется известный минимальный образовательный ценз для поступления. При такой постановке дела и при значительной материальной обеспеченности всех этих служащих за дело ухода и служения душевно-больным берутся лица в большинстве случаев имеющие склонность и влечение к этому трудному делу, а любовь и влечение к делу при уходе за душевно-больными играют главную роль.

В другой стране, с отлично поставленным делом ухода за душевно-больными, в Голландии, постановке обучения надлежащему уходу в психиатрических больницах отдается много внимания. Первоначально за это дело взялись в лучшей из голландских больниц, известном Meerenberg'е (близ Гаарлема) и стали обучать персонал уходу за душевно-больными, а затем была образована первоклассная школа. Этому делу много трудов посвятил директор больницы, проф. *Wan-Deventer*. С 1897 г. он ввел обучение девушек, преимущественно из интеллигентных семей, из семей врачей и друг. медицинского персонала, и вскоре эти лица стали образцово исполнять обязанности по уходу за душевно-больными в мужских и даже буйных отделениях. Надо, впрочем, сказать, что вся черная работа, уборка палат, мытье полов и пр. возложена на особую низшего ранга женскую прислугу. Можно было бы указать на отлично поставленное дело подготовки по уходу за душевно-больными и в других европейских странах, как-то: в Дании, Швеции, Германии, но я не стану приводить других примеров и позволю себе остановиться в нескольких словах на попытке в этом направлении в психиатрических больницах нашей родины.

Первоначально попытка поднять умственный уровень персонала по уходу за душевно-больными и подготовить его к специальному уходу за больными была сделана в Петрограде в 90-х годах прошлого столетия, по инициативе главн. врача б-цы св. Пантелеймона д-ра *Н. Я. Смелова*, где были устроены подобного рода курсы. Затем несколько позже были организованы курсы по уходу за душевно-больными как для среднего, так и для младшего персонала в городской больнице-колонии для душевно-больных на Новознаменской даче и велись там как теоретически, так и практически с 1901 по 1907 г. Подобные же курсы велись несколько лет тому назад

во 2-й Психиатрической больнице (б. б-це св. Ник. чудотворца), при участии, между прочим, покойного д-ра *В. В. Чехова*. Потребность в такого рода курсах была осознана и в других психиатрических больницах, особенно в земских, и там также были организованы специальные занятия со средним и младшим персоналом по уходу за душевно-больными. Упомяну, между прочим, чтения д-ра *Лиона* для персонала Самарской психиатрической больницы в Томашевом Колке в конце 90-х годов, курсы д-ра *Якобия* в Орловской психиатрической больнице св. Духа (1897—1900 г.г.), курсы при бывшей Евгениевской общине для сестер, надзират. и фельдшерского персонала, введенные там прив.-доц. *М. С. Добротворским* в то же приблизительно время (1896—1900 г.г.). Результаты этих курсовых занятий со средним и младшим персоналом были благоприятны и давали подготовленных в известном смысле лиц, оказавших несомненную пользу тем учреждениям, где они работали. Но общая постановка дела оставляла желать многого—не было планомерной организованности, единства задания, неуклонной настойчивости проведения этих курсов из года в год с расширением программы занятий, выработанного плана поощрения, в смысле увеличения жалованья тем лицам, которые успешно прошли эти курсы и т. д. Словом, это дело не пошло так успешно и далеко, как, напр., в психиатрических больницах Англии, голландском Meerenberg'е и других западно-европейских больницах.

В настоящее время в психиатрических больницах Москвы, Ленинграда и, кажется, других городов Союза производятся чтения по уходу за душевно-больными для младшего персонала по программе, указанной Наркомздравом, расширенной чтениями по анатомии, физиологии, гигиене и др. предметам, частью врачами больниц, частью особо назначенными от Губздрава лекторами. Относительно результатов трудно что-либо сказать за краткостью времени, прошедшего с момента обязательного чтения по этой программе.

Для того, чтобы психиатрическая больница могла приносить необходимую лечебную помощь, одним из важнейших условий должно быть отсутствие значительного переполнения в ней. Не даром кто-то из выдающихся психиатров-практиков образно выразился о переполнении, что оно для психиатрических больниц имеет такое же пагубное роковое значение, как родильная горячка для родовспомогательных заведений. Действительно, это обстоятельство совершенно губит лечебное действие больницы, сводя его на нет, и создает столь вредные для острого душевно-больного моральные и гигиенические условия, что больной, который, даже находясь в условиях домашней обстановки, мог бы поправиться, в условиях переполненной больницы становится неизлечимым хроником. Следовательно, такая переполненная психиатрическая боль-

ница безусловно вредна. Она, по образному выражению *Marandon de Montyel*'я, является „фабрикой для неизлечимых" и обеспечивает верный переход в слабоумие. Поэтому вполне понятно стремление западно-европейских психиатров, стоящих во главе больниц, принимать все доступные им меры к тому, чтобы не допустить даже временного переполнения в заведуемых ими учреждениях. Особенно это следует сказать как об английских и голландских, так о датских и шведских психиатрах. Передают, что известный шведский психиатр *Wetterstrand*, заведующий психиатрической больницей Konradsberg в Стокгольме, сетовал на переполнение его больницы, когда в ней было 268 больных вместо 265, полагавшихся по штату.

Для того, чтобы дело лечения острых душевно-больных шло успешно в психиатрической больнице, необходимо, чтобы все в ней было согласовано и направлено в эту именно сторону. Не только врачи должны хорошо знать свое дело, быть ревностными, вдумчивыми и не отставать от века в смысле пользования самыми усовершенствованными методами исследования и лечения, но должен быть подобран надежный, добросовестный и обученный средний и младший персонал, а равным образом вся организация дела должна быть создана и руководима в этом отношении опытным врачом. В психиатрической больнице больше, чем в каком-либо другом лечебном заведении должна быть исключительная власть врача, по возможности никем со стороны не ограничиваемая. Врач должен быть полным хозяином положения не только в деле лечения и наблюдения за больными, но и в деле питания, содержания больных и т. д. Необходимо, чтобы и в эту сторону деятельности врача, стоящего во главе психиатрического учреждения, не вмешивалась никакая другая хозяйственная власть, а, наоборот, все исполнительные органы—заведующий хозяйством, экономка, бухгалтер и т. д.—должны быть всецело и полностью подчинены врачу. Это следует и из теоретических обоснований всей постановки дела призрения душевно-больных и вытекает неизбежно, как показал опыт, из повседневной жизненной практики. Действительно, врач и только врач, вооруженный любовью к делу, научным и практическим знанием его, сознанием долга и огромной ответственности за больных перед их родными и обществом, может так близко принимать к сердцу все детали постановки дела. Он не может оставаться равнодушным к вопросу о питании больных, о гигиене помещений, одежды, о целесообразности их образа жизни, об обращении с ними персонала и т. д. Все это не только должно контролироваться им, но и регулироваться его единой направляющей волей.

История западно-европейских больниц, где сама жизнь заставила во главе психиатрического дела ставить только

врачей, показала, что там, где власть врача-психиатра, директора специального учреждения, была достаточно высока и вполне самостоятельна, там не только больницы достигали наилучшей постановки, но и самая стоимость ежегодных расходов по больнице, ее бюджет, уменьшался. Так, в Англии все управление больницей передано по закону в руки главного врача-суперинтенданта. Во Франции это стало также общим явлением, и с назначением во главе больниц médecin-directeur'ов дело постановки в психиатрических больницах быстро пошло на улучшение. В Германии это установлено особыми регламентами; в Дании, Швеции, Голландии и других странах, хотя заведывание хозяйственной стороной в больницах лежит (номинально, de jure) на представителях местного самоуправления, но фактически, по установившемуся обычаю, всецело принадлежит главному врачу, и никто против этого не спорит. Пример с Meerenberg'ом, который раньше давал только перерасходы при заведывании хозяйством представителем городского самоуправления, и стал давать сбережения и значительное улучшение материальных условий в больнице, как только все дело передано было главному врачу Ван-Девентеру, служит наглядным примером того, кто именно—врач или не врач—должен стоять во главе правильно поставленной психиатрической больницы.

Глава VII.

Основные типы построек психиатрических больниц—корпусные здания и по системе павильонов.—Принципы их постройки.—Особенности и недостатки корпусных психиатрических больниц, преимущества и выгоды психиатрических больниц павильонной системы.—Больницы-колонии для душевно-больных.—Принцип их постройки.—Медицинская и экономическая связь между основной (закрытой) психиатрической больницей и ее колонией за городом.—Психиатрические лечебницы и больницы-колонии в Западной Европе и у нас.

Когда возникает вопрос относительно того, какую психиатрическую больницу предстоит строить, следует внимательно взвесить обстоятельства разного рода. Прежде всего необходимо иметь в виду форму воздвигаемых для больницы зданий. Прежде строили психиатрические больницы почти исключительно в виде больших корпусов, в настоящее же время их строят по двум основным типам - по корпусной системе и ввиде отдельных небольших одноэтажных и двухэтажных зданий, павильонов. Теперь большинство несомненно высказывается за постройку больниц по павильонной системе, но не так давно еще от нее отказывались из соображений экономических и даже, якобы, психиатрических. Полагали, что постройка по павильонной системе должна обходиться и значительно дороже, и требовать бо́льшего штата служащих, но практика как в Западной Европе, так и у нас опровергла эти основные

возражения, высказывавшиеся против павильонной системы. Курьез заключается в том, что исходя из экономических соображений, полагали, что значительные траты можно производить лишь на постройку лечебниц для острых душевнобольных, на приюты же типа богаделен для хроников следует ограничиваться небольшими суммами, а поступали как раз наоборот—под лечебницы отводили огромные здания, построенные по корпусной системе, а больницы-колонии, вмещающие в себе почти исключительно душевно-больных хроников, стали строить по павильонной системе.

Простые, очевидные для всех, соображения говорят не в пользу больших корпусных зданий, предназначенных для устройства в них психиатрических больниц. В виду того, что первоначально психиатрические больницы возникали в больших городах, со значительным и скученным населением, с большой стоимостью земельных участков, то естественно, что воздвигаемые для психиатрических надобностей здания не могли располагать значительной площадью земли, и уже в силу одного этого постройки шли в высоту, и главный корпус строился в три-четыре этажа, а иногда и больше. Чтобы выиграть в полезной площади пола и чтобы не отводить отдельных помещений под дневное пребывание больным, в основу неизбежно брали центральный корридор, по сторонам которого располагали палаты, спальни и пр. Так обычно было построено большинство старых больниц в различных странах Западной Европы и у нас. Типом такой постройки является, напр., Ленинградская 2-ая Психиатрическая больница, прежняя больница св. Николая чудотворца. Этот тип построек негигиеничен в смысле соматическом и неудобен практически в административном и хозяйственном отношении, т. к. без дополнительных побочных приспособлений и каких-либо иных зданий где-либо на территории больницы им трудно пользоваться для сколько-нибудь значительной по числу кроватей больницы.

В самом деле, длинный центральный корридор душен, темен и тесен, вытянутый корпус здания занимает много места своим фасадом, и если при больнице имеются дворики для прогулок больных, то они неизбежно тянутся вдоль длинного корпуса здания или—при наличии еще боковых корпусов—помещаются как бы внутри огороженного ими пространства, поэтому они открыты и видимы из окон всех отделений и потому не дают надлежащего покоя тихим больным, ищущим уединения, волнуют беспокойных и возбуждают душевнобольных видом лиц другого пола. Прибегали к попытке дать больше света и воздуха корридору, месту дневного пребывания больных, для чего делали его боковым, уничтожая палаты с одной его стороны, а вследствие этого приходилось удлинять здание, чтобы наверстать потерянное место. Пытались

выйти из этого положения тем, что зданию стали давать сложные формы в виде букв П,Н,Ж и т. д., но все же и в этих случаях все недостатки корпусной системы по существу оставались прежними—темнота помещений, невозможность содержать их в полной чистоте, невозможность хорошо обособить мужскую половину больницы от женской, невозможность предоставить разным группам больных обособленные помещения, трудность изолировать, в случае надобности, больных с каким-либо остро-заразным процессом, отсутствие тишины для тех больных, которым по роду их болезни это особенно желательно и необходимо. Если ко всему этому добавить огромную обычно стоимость большой психиатрической корпусной больницы, наличие в верхних этажах решеток или сеток на окнах, необходимость изоляторов (хотя бы на 2 только отдел.—мужск. и женск.), необходимость, в силу скученности и совместного пребывания в пределах одного корридора разнообразных по своему поведению больных, разного рода мер стеснения и трудность проведения open-door system, то станет всякому очевидно, что большие корпусные психиатрические больницы отжили свой век и по историческому и по нравственному своему значению—как выразился один психиатр—являются реальным выражением реакционного направления в психиатрии (*Якобий*).

При размещении душевно-больных в лечебнице для острых больных необходимо считаться с тем обстоятельством, что правильное распределение больных по особенностям их психического состояния есть одно из важнейших лечебных средств. Важно также избегать всего волнующего, раздражающего свеже-заболевшего больного, всего, что носит характер грубо-казарменного, госпитального. Наконец, нельзя не учитывать того обстоятельства, что остро-заболевшие душевным расстройством не только сильно ранимы в нервно-психическом отношении, но и в соматическом вследствие малой выносливости их к разного рода заразным заболеваниям. Так, они очень склонны, как известно, к заболеванию рожей, тифами, скорбутом и особенно легочным туберкулезом, причем в больших и переполненных психиатрических больницах эти болезни принимают эндемический и эпидемический характер. В виду всего этого, павильонная система психиатрической больницы имеет громадное преимущество перед большой психиатрической больницей казарменного типа, состоящей из длинных и сравнительно узких корпусов, сообщающихся между собой. Эта система является, таким образом, реальным выражением прогрессивного направления в деле призрения душевно-больных.

Впервые вопрос о небольших психиатрических больницах, предназначаемых для помещения в них и лечения острых больных, поднят был, как известно, в 70-х годах прошлого столетия *Гризингером*. Этот выдающийся психиатр имел в виду

главным образом устройство подобных больниц в небольших и средних по количеству населения городах. Практика жизни показала, что он был прав, и через 10—15 лет в различных городах Германии было уже более 50 функционировавших психиатрических лечебниц подобного рода. Принцип постройки больницы из небольших зданий для душевно-больных вскоре (в 1876 г.) был осуществлен в больнице-колонии для душевно-больных Альт-Шербиц. Здесь при устройстве больницы имели в виду применение труда душевно-больных в самых широких размерах для полевых работ, поэтому больница была снабжена относительно большим количеством удобной пахотной земли.

Надо заметить, что как экономические соображения, так и психиатрическая практика давно уже подсказывали о возможности и необходимости занимать душевно-больных каким-либо трудом и работами на открытом воздухе. Вначале в закрытых психатрических заведениях были применены огородные и садовые работы, а затем работы на ферме, наконец расширение области труда душевно-больных на открытом воздухе привело неизбежно к выполнению при помощи душевно-больных полевых земледельческих работ в самом широком размере, допускаемом местными и климатическими условиями. Первая больница-колония была устроена в 1832 г. в окрестностях Парижа. Это была „Ferme St. Anne“. Позднее, в 1847 г. братья *Лябитт* основали свою знаменитую колонию в деревне Фиц-Джемс, близ Клермона, где работы больных вскоре стали на прочную почву и достигли больших размеров. Затем *Snell* в 1864 г. устроил земледельческую колонию Эйнум, сыгравшую роль эвакуационного отделения психиатрической больницы. У нас в России первая больница, в которой применены были сельско-хозяйственные работы для душевно-больных, была Колмовская земская больница в Новгородской губернии (при д-ре *Андриолли*). Затем, в 1884 г. была открыта Бурашевская больница-колония в Тверской губернии. Образцовая больница-колония устроена была под руководством д-ра *В. И. Яковенко* в селе Покровско-Мещерском близ гор. Подольска в Московской губернии. Одной из самых выдающихся была больница-колония для душевно-больных на Новознаменской даче под Петербургом. Она была устроена в 1893 г. СПБ. городским самоуправлением под руководством покойного д-ра *Н. Н. Реформатского* сначала на несколько сот кроватей, число которых превысило потом 1000. В окончательном своем виде она должна была развиться до 3000 коек. Но, к сожалению, судьба судила иначе, и в настоящее время она превращена в колонию для принудительных работ. Известна была также по своему благоустройству такая же земледельческого типа психиатрическая больница в Сиворицах, устроенная СПБ. губ. земством и начавшая функционировать с 1909 г.. Устраивал ее д-р

П. П. Кащенко. Практика создания загородных или пригородных психиатрических больниц-колоний показала, что подобного рода открытые психиатрические учреждения (с системой open-door) чрезвычайно полезны для дела, т. к., дополняя закрытую психиатрическую больницу в городе, обычно сильно переполненную, весьма облегчают задачу основной больницы, быстро разгружая ее и освобождая от значительного количества хроников. Больницы-колонии являются важным пособием и в терапевтическом, и в финансовом отношении. Больница в городе и загородная колония составляют таким образом одно целое, взаимно дополняя друг друга, и дело идет только тогда хорошо, когда они тесно, органически спаяны между собой, и когда между ними происходит деятельный обмен больными.

Таким образом, психиатрическая колония не является чем-то вполне заменяющим закрытую психиатрическую больницу, а деятельным сотрудником и полезным спутником ее. Закрытая больница подготовляет колонистов, но и помимо колоний в правильно поставленной психиатрической больнице должен культивироваться физический труд и лучше всего в применении к сельскому хозяйству. Если лечебница хорошо и правильно задумана и выполнена и функционирует как следует, то между нею и колонией не должно быть резкого деления; они как бы переходят одна в другую и между ними устанавливается тот обмен больными, который является крайне нужным и благодетельным для внутренней жизни того и другого учреждения. Первоначальная идея колонии, как чего-то отдельного, обособленного от психиатрической больницы, не привилась—практика жизни не дала ей осуществиться; наоборот, психиатрическая колония, как нечто близкое к настоящей, полной по своим функциям больнице, оказалась вполне жизненной и нужной. С другой стороны, жизнь показала, что прежняя закрытая психиатрическая больница, под влиянием системы no-restraint и open-door стала резко преобразовываться по своему внутреннему укладу: явилась возможность предоставления большей против прежнего свободы душевно-больным, выработалось менее боязливое отношение к больным со стороны медицинского персонала, стало возможным применение в больнице самого разнообразного труда душевно-больных, до значительных и сложных работ на открытом воздухе включительно.

Опыт вскоре показал, что терапевтические результаты при этих условиях значительно превзошли прежние и не только в количественном, в смысле большего числа полных выздоровлений, но и в качественном, в смысле нравственного и умственного оздоровления хроников. Зачастую можно видеть такого рода случаи, когда хроник опустившийся, казалось, до уровня полного одичания, до полной почти утраты образа

и подобия человека, делается, под благотворным влиянием трудового режима, снова почти прежним человеком, не вполне быть может полноценным, но уже не тягостным для окружающих и во всяком случае вполне терпимым и полезным членом в общежитии. Здесь, надо думать, играет огромную роль, в деле возрождения почти утраченной человеческой личности, влияние примера, прививка этим путем нравственного элемента, подчинение больных чувству долга и служения общему благу. В этом отношении психиатрическая земледельческая колония имеет неизмеримо бо́льшее значение, нежели самые разнообразные мастерские при психиатрической больнице. Как ни важно и ни велико значение в больнице-колонии труда душевно-больных в смысле получения известного заработка и экономических сбережений в общих расходах, но главное, разумеется, не это, а поддержание опускающихся в умственном и моральном отношении душевно-больных хроников, сохранение человеческого образа и человеческого достоинства у этих неизлечимых хроников и отсутствие тех типов крайнего падения до животного почти уровня, которые придают такой отталкивающий отпечаток переполненным прежним старым психиатрическим больницам, в которых трудовой режим отсутствует, за невозможностью применять его.

Теперь, на основании всего вышесказанного, позволю себе сделать следующие выводы:

Психиатрические больницы, правильно поставленные и наиболее полезные для населения, должны быть, прежде всего, больницами для острых больных, т. е. специальными лечебницами в собственном смысле. Они должны прежде всего и главным образом оказывать психиатрическую помощь острым душевно-больным, имея ввиду благо самих больных, а не иные второстепенные задачи—призрение, изолирование из общества опасных или неудобных больных и т. д.

Наилучшие результаты, при наших условиях жизни, может давать павильонная система предпочтительно перед корпусной, т. к. она предоставляет большую свободу душевно-больным, сводя до minimum'a стеснение, насильственные меры удержания, упраздняя необходимость изоляторов, решеток в окнах и давая наибольший процент выздоровления. Только при павильонной системе возможно осуществление полностью no-restaint и open-door.

Необходима децентрализация психиатрической помощи в стране, губернии или области в виде устройства нескольких небольших по размерам лечебниц для острых душевно-больных в разных частях губернии или района. Только этим путем, приближая психиатрическую помощь к населению, возможно дать своевременную медицинскую помощь всем лечебным случаям, „улавливая во времени и пространстве“ каждого острого душевно-больного.

Следует не упускать из виду того обстоятельства, что душевных заболеваний среди женского населения больше, нежели среди мужского, и это надо не забывать при устройстве женских отделений в специальных психиатрических больницах. С другой стороны, следует содействовать, по мере возможности, увеличению заботы относительно душевно-больных женщин, в особенности имея ввиду связь у них душевных расстройств с заболеваниями женской половой сферы и и с послеродовыми процессами.

Во главе психиатрических больниц должны быть только врачи, т. к. при этом лишь условии дело правильной постановки психиатрических больниц может быть на должной высоте и может хорошо идти с наименьшим годовым бюджетом.

Глава VIII.

Основания для помещения душевно-больных в специальные больницы.—Законоположения относительно этого в зап.-европейских государствах и у нас.—Способы помещения душевно-больных в психиатрическую лечебницу.—Приемное отделение, его устройство и особенности.—Постельный режим и наблюдательное отделение.—Строгий надзор.—Персонал и пред'являемые ему требования в приемном отделении больницы.

Количество душевно-больных в населении каждой страны довольно велико и при том оно увеличивается, как теперь уже определенно установлено, с ростом культуры и обострением борьбы за существование. Поэтому всякое государство вынуждено уделять много внимания организации психиатрической помощи в стране, причем чем страна или государство культурнее, тем забота о душевно-больных и постановка психиатрич. помощи выше. Идеальная организация помощи душевно-больным должна выражаться в том, чтобы все душевно-больные могли найти соответственную психиатрическую помощь и лечение, поступая каждый в то лечебное учреждение, устройство которого наиболее соответствует потребностям его болезненного состояния. При правильной постановке дела, государство должно обладать сетью психиатрических систем, построенных по одному строго продуманному и выдержанному плану, причем в состав каждой системы должны входить группы учреждений, обслуживающих душевно-больных в населении данной области, губернии или района. Лучше всего, если в городе или ином большом населенном центре имеется лечебница для остро-больных с приемным бюро при ней и диспансером нервно-психического типа, заведения для хроников, колонии для душевно-больных, имеющие самый тесный контакт с городскими психиатрическими учреждениями, и институт посемейного призрения, тесно соединенный, в свою очередь, с колонией. Разумеется, в больших столичных центрах, как Москва и Ленинград, может быть несколько более

или менее самостоятельных психиатрических систем, состоящих в свою очередь из острой больницы, приюта для хроников, колонии и патронажа.

При правильной постановке психиатрич. помощи всякий вновь поступающий больной первоначально доставляется в приемный покой, bureau d'admission лечебницы для остро-больных и, пробыв здесь некоторое время, направляется затем в психиатрическое учреждение того типа, которое наиболее соответствует его психическому состоянию. Сама больница для остро-больных и приемное отделение ее должны находиться, разумеется, в черте города, чтобы доставка свежезаболевших психическим расстройством не носила слишком сложного характера и чтобы самый процесс транспортирования не отзывался вредно на больном. Единственным поводом для помещения кого-либо в психиатрическую больницу должно быть наличие у него душевного расстройства, установленного соответственным медицинским осмотром. Рассматривая то обстоятельство, почему душевно-больной должен быть помещен в специальное учреждение, следует прежде всего иметь в виду, что острый душевно-больной имеет право на поступление в лечебницу как единственное место, где правильное и своевременное лечение обеспечивает ему возможность выздоровления или, по крайней мере, поправления, а затем и то, что заболевший может представлять ту или иную опасность для себя и окружающих, не всегда умеющих обеспечить ему надлежащий уход и надзор и потому не должен больше оставаться и быть терпимым в своей семейной обстановке.

Однако, следует иметь ввиду, что очень немногие душевно-больные сознают вначале, что они больны и добровольно соглашаются на помещение их в психиатрическую лечебницу, большинство же с этим не соглашается, выказывает протест и иногда резкое, даже вооруженное сопротивление попытке поместить их в больницу, на что существует обычно согласие со стороны их родных или близких. Не надо забывать, что помещение душевно-больного в лечебное заведение связано с лишением его свободы, с ограничением его прав, поэтому акт этот должен быть обоснован соблюдением известных формальностей, которые гарантировали бы правильность помещения данного лица в больницу, а с другой стороны устраняли бы возможность нареканий на учреждение и его администрацию в смысле каких бы то ни было злоупотреблений. Основная гарантия должна заключаться в том, что правильность помещения всякого суб'екта в психиатрическую больницу должна быть подтверждена на основании заключения врача специалиста. Поэтому доставляемый в психиатрическое заведение должен быть направлен сюда при свидетельстве или удостоверении врача-психиатра, уже осмотревшего заболевшего у него на дому или должен быть осмотрен немед-

ленно, по доставлении его в приемный покой больницы врачом-психиатром, обычно дежурным врачом, и признан подлежащим приему в эту больницу. Не исключается в некоторых случаях возможность приема на основании также личного заявления (лучше письменного) самого больного о желании поступить в больницу на излечение. Если лечебное заведение будет ежедневно, по заведенному раз порядку, сообщать о всех вновь поступивших в него за сутки душевнобольных в Комиссариат Здравоохранения, Губздрав или соответственное административное учреждение, и оффициальная власть будет своевременно извещаема об этих лицах, то едва ли будут иметь место какие бы то ни было разговоры о неправильном и насильственном помещении психически здоровых лиц в специальные лечебницы.

В 1919 г. в СССР было издано „Положение о психиатрической экспертизе", на основании которого всякое заявление об освидетельствовании лиц, страдающих расстройством умственных способностей, а равно о наложении опеки или снятии ее с этих лиц, должно подаваться в Медико-Санитарные отделы столичных и губернских Советов в подотделы Медицинской Экспертизы. Эти заявления подаются или родными больного, его опекунами и попечителями, или учреждениями, союзами и другими общественными организациями, заинтересованными в судьбе больного. После этого освидетельствование производит особая Комиссия в составе трех врачей, из которых два должны быть специалисты-психиатры, под председательством заведующего подотделом Медицинской Экспертизы. Если больной по состоянию здоровья почему либо не может быть доставлен в Медико-Санитарный Отдел, то Комиссия в упомянутом составе осматривает его на дому, если же больной находится в лечебнице и в силу ли болезненного состояния, по причине ли беспокойства, возбуждения и опасности для окружающих не может быть привезен в Медико-Санитарный Отдел, то освидетельствование производится Комиссией на месте. В этом случае приглашается обычно с правом совещательного голоса врач лечебного заведения, который в случае несогласия с решением Комиссии может остаться при особом мнении, заносимом в акт экспертизы.

В освидетельствовании участвуют, кроме того, в качестве членов Комиссии, представитель от местного Совета и один из местных народных судей, по назначению Совета Народных Судей. В тех случаях, когда при осмотре больного трудно вынести определенное заключение, комиссия назначает через некоторый срок второе освидетельствование или делает постановление поместить больного в специальное лечебное заведение для испытания (Диагностический Институт судебно-психиатрической экспертизы) на срок до двух меся-

цев, каковой потом может быть продлен до полного выяснения заболевания. О результатах освидетельствования составляется акт за подписью всех членов Комиссии.

Ходатайство о производстве переосвидетельствования лица, признанного уже душевно-больным, на предмет признания его душевно-здоровым, возбуждается в том же порядке, что и на признание душевно больным и наложения опеки, если же больной находится в специальном лечебном заведении, то ходатайство может исходить как от администрации лечебного заведения, так и от самого больного. Это освидетельствование производится в том же порядке, что и на предмет признания душевного заболевания.

Постановления Комиссии о назначении или снятии опеки, составленные на основании акта освидетельствования, могут быть обжалованы в месячный срок в местный Народный Суд, по месту жительства заявителя. Народный Суд может отклонить просьбу или же назначить новое переосвидетельствование, но уже в другом составе, в присутствии местного Народного Судьи. При разрешении вопроса о гражданской правоспособности психиатрическая экспертиза производится Комиссией при участии представителя от местного Совета и от Наркомюста и его отделов. При жалобах на незаконное помещение в психиатрическую больницу и задержание здесь как со стороны самого больного, так и со стороны кого-либо из его родственников—обследование и производство освидетельствования совершается такими же Комиссиями в указанном составе. Такой порядок освидетельствования является достаточно гарантирующим интересы больного, п. ч. здесь решающим является мнение специалистов-психиатров, которые свободно высказывают свое мнение, подкрепляя его всеми научными методами исследования.

Прежде в нашем отечестве акты освидетельствования душевно-больных не были столь однообразно и точно установлены и носили различного рода неточности и неясности. Наиболее точно выработанными считались положения о душевно-больных, применявшиеся в Прибалтийском Крае.

В большинстве западно-европейских государств как практика жизни, так и выработанные на основании ее законоположения относительно душевно-больных установили, что первым и главным показанием для помещения заболевшего в специальное психиатрическое учреждение является потребность больного в медицинской помощи для его излечения или хотя бы для улучшения его состояния, затем уже опасность для него самого (покушение на самоубийство и т. д.) и только как последний мотив—опасность его для других. Но и в этом последнем случае закон сильно суживает понятие об опасности и не допускает никакого произвола в этом отношении. Напр., в германском законодательстве существуют точные

указания относительно помещения душевно-больных в психиатрическую больницу, а именно—если родные или наблюдающий больного врач заявляют соответственным властям о необходимости принятия мер относительно душевно-больного, то определенное лицо (особый инспектор) обязан дать родным больного или окружающим его указания, как следует обращаться с больным, как доставить его в лечебницу, но обязано воздержаться от насильственного отправления больного в лечебницу, если даже родные и окружающие больного желают этого, а настоятельной надобности в этом нет. Немедленная отправка больного разрешается в том лишь случае, если больной действительно совершил уже опасные насильственные действия (поджог, покушение на кого-либо, насилие и т. д.) или совершил попытку самоубийства. Но вместе с тем повсюду в западно-европейских государствах соблюдают, по возможности, необходимость быстрого помещения заболевшего психическим расстройством, обходят излишний формализм, чтобы ненужная проволочка не отразилась вредно, в случае затяжки с помещением в лечебницу, на состоянии больного. При всех более или менее тяжелых и выраженных заболеваниях, особенно когда и самая домашняя обстановка раздражающе действует на больного, при стремлении больного к самоубийству, самоизувечению, отказе от принятия пищи, при проявлениях возбуждения, при неоприятности, склонности к насилию и разрушительным стремлениям, больного—по извещении о том властей—сейчас же отправляют в больницу.

В вопросах относительно помещения душевно-заболевших в психиатрические лечебницы существуют некоторые особенности в немногих лишь государствах Европы—в Бельгии и отчасти в Италии. В Бельгии заведения для душевно-больных находятся в ведении министерства юстиции. Здесь на необходимость помещения смотрят, главным образом, с точки зрения общественной безопасности, и потому соответственным органам гражданской власти вменяется в обязанность следить за обнаружением в населении душевно-больных и принимать меры к помещению их в психиатрические учреждения и с другой стороны наблюдать за тем, чтобы опасные не могли быть выписаны, даже по желанию родных, до полного их излечения. Обязанность помещения душевно-больных в психиатрические лечебницы в Бельгии возлагалась обычно на врачей, подающих бесплатную помощь бедным и неимущим. Результаты такой постановки психиатр. помощи в стране хуже, нежели в соседних странах, где в основе положена в первую очередь забота о нуждах самих больных.

В Голландии законодательство о душевно-больных разрешает содержание душевно-больных на дому, если родными больного гарантирован надлежащий за ним уход и надзор,

но там существуют особые медицинские инспектора, которые следят за тем, чтобы это было фактически осуществляемо; в случае же неудовлетворительной постановки дела лечения и ухода за больным они доводят до сведения государственного прокурора, который и распоряжается о перемещении такого больного, лишенного надлежащей помощи, в соответственную лечебницу или за счет родных, если они люди состоятельные, или за государственный или общественный счет, если они люди малоимущие. Голландский закон предписывает врачам-психиатрам, если они узнают о больном, лишенном врачебной помощи и ухода, постараться доставить ему эту помощь и поместить его в больницу, чтобы не лишить его возможности выздоровления.

Во Франции закон также разрешает родным содержать у себя на дому душевно-больного под наблюдением и ответственностью кого-либо из ближайших родственников (отца, матери, мужа, жены, брата или сестры), но не более как в течение трех месяцев от начала заболевания, а после этого родные обязаны известить об этом государственного прокурора, который и поручает произвести соответственный осмотр.

Наиболее правильно дело организации душевно-больных в стране поставлено в Англии, и особенно в северной части ее, в Шотландии. Все дела, касающиеся душевно-больных, сосредоточены здесь в „бюро комиссаров по делам душевно-больных“ в главном городе Шотландии—Эдинбурге. Здесь имеется полный учет о всех душевно-больных в стране. Если заболевший состоятельный человек и родные пожелают, чтобы лечение и наблюдение за больным велось у него на дому, то по извещении о том „бюро комиссаров“ наблюдение за больным поручается приглашенному для того врачу, от которого закон требует одного лишь—не применять к больному механических мер стеснения. В случае желания родных больной может быть, с согласия „бюро комиссаров“, помещен в чужую семью за плату или в одну из платных государственных или общественных больниц, где больному предоставляются всевозможные удобства и комфорт. Если заболевший человек—неимущий, то об этом доводят до сведения особого инспектора для бедных; он уведомляет „бюро комиссаров“, и больной тотчас же помещается в ту или другую специальную психиатрическую больницу—или для острых больных, или по мере надобности в больницу для хроников, или в patronage familial. Всякий больной, таким образом, получает—на основании точного закона—соответственное лечение, уход и призрение.

Вообще нужно сказать, что во всех культурных государствах прежде всего заботятся о правильном лечении и призрении душевно-больных, обеспечивая их права особыми законодательствами, возлагая заботы о больных частью на

обязанности городских самоуправлений, департаментов, кантонов, общин, частью на администрацию или родственников заболевшего. Главная забота устремлена на лечение и призрение и отчасти лишь в целях ограждения интересов здорового населения от вредного воздействия со стороны душевнобольных. Это последнее наиболее выражено, как я уже сказал, в Бельгии и в Италии. В обоих этих государствах помещение опасных больных обязательно, и такие больные не могут быть выписаны из больницы даже по просьбе и желанию родственников, если врачи-психиатры не считают больного вполне поправившимся.

В том случае, когда душевное заболевание распознано и установлено, то является необходимость поместить больного в психиатрическую больницу. Однако, очень немногие душевно-больные сознают, что они больны, нуждаются в специальном лечении и добровольно соглашаются на помещение их в психиатрическое учреждение. Поэтому родственники их или лица, имеющие о них попечение, бывают очень озабочены тем, чтобы поместить такого больного в лечебницу для душевно-больных. Иногда этот вопрос разрешается не так, как следовало бы, как тому учит практическая психиатрия— или в отношении душевно-больного применяется грубая и неумелая сила, ввиде приглашенных на помощь случайных людей, соседей, дворников, или же больного обманывают, заверив его, что его повезут на прогулку, в гости, для отдыха и т. п., а не в больницу. Но при сколько-нибудь умелом и опытном обращении и при известной доле терпения и такта обычно удается уговорить больного поехать в больницу и доставить туда. Легче и лучше всего сделать это, конечно, при содействии приглашенного врача-психиатра, но это не всегда возможно. При отправке душевно-больного в лечебницу может быть несколько случаев. Если речь идет о больном со значительным ослаблением умственных способностей или о больном с затемненным сознанием, то дело не сложно— слабоумного всегда можно уговорить и заставить повиноваться, возбужденного с затемненным сознанием можно забрать и отправить при содействии подготовленных и привычных к тому санитаров „скорой помощи“, обыкновенно достаточно крепких молодых суб'ектов.

В том случае, если душевно-больной хорошо ориентирован в окружающем и в обстоятельствах, если сознание его вполне ясное, то дело перемещения такого больного в специальную больницу может оказаться и трудным, и небезопасным, особенно когда речь идет о больном с первичным бредовым помешательством, о параноике. Сознавая неизбежность помещения в больницу, эти лица проявляют большую бдительность, предусмотрительность, вооружаются иногда каким-либо оружием защиты: ножом, револьвером или чем-либо иным.

Поэтому возможность благополучного помещения их в больницу требует иной раз не мало такта, технического умения и сноровки. В подобных случаях, если ожидается значительное активное сопротивление, необходимо позаботиться, чтобы под рукой была надежная помощь в лице нескольких крепких в физическом отношении лиц. Как только вопрос о необходимости помещения в больницу окончательно выяснился, больному заявляют в вежливой и вполне корректной, но в то же время в совершенно категорической форме о том, что он болен, по своему состоянию не может больше оставаться дома и должен быть помещен в специальную больницу для излечения. Если больной продолжает упорно отказываться и протестовать, то ему следует указать, что помещение его в больницу все равно неизбежно, а сопротивление бесполезно, и тогда больной, если он достаточно сознателен, соглашается обычно следовать в сопровождении санитаров в поданный автомобиль или карету скорой помощи. Если, как упомянуто выше, есть основание подозревать у больного скрытое оружие, то следует предварительно отобрать его у больного. Так как нередко родные и близкие больного своим присутствием и неумелым поведением только мешают выполнению необходимых процедур, то лучше предложить им заранее, чтобы они не вмешивались в дело и на время оставили бы больного наедине с врачом или санитарами.

Когда больной привезен в психиатрическую лечебницу, то в приемном покое его осматривает в присутствии соответств. медицинского персонала—фельдшера, надзирателя, сестры—дежурный по больнице врач, причем больной должен быть осмотрен самым тщательным образом с целью не пропустить наличия где-нибудь на теле ушибов, ссадин, повреждений и т. п. По опросе больного и выяснении из разговора с больным психического его состояния и необходимости поместить в эту больницу, больной отводится в ванную комнату, где после ванны переодевается во все больничное белье и платье. Из находящихся при больном вещей ему могут быть переданы, и то лишь с разрешения врача, только совершенно безобидные и безопасные, в роде книг, газет, записной книжки, карандаша, все же остальное непременно отбирается (напр., перочинный нож, подтяжки, ремень, пояс и т. д.). При этом больному сообщают, что все эти вещи он получит обратно при выходе из больницы или, быть может, в особых случаях, с разрешения врача и раньше. Больной после ванны, переодетый в чистое больничное белье и халат, отводится в приемное отделение и укладывается в постель в наблюдательной палате.

Всякий вновь прибывший больной, если только он не слишком беспокоен и возбужден или слаб физически, помещается в приемное отделение больницы, где и остается на более или менее продолжительное время. Больной, сильно

возбужденный и беспокоящий других больных, должен быть переведен на отделение беспокойных больных, точно также как слишком слабый или с соматическим заболеванием—в лазаретное отделение. Приемное отделение—по своему устройству и обстановке—должно вполне соответствовать своему назначению. Ввиду того обстоятельства, что сюда поступают неизвестные и неизученные больные, склонные иногда к опасным актам в отношениии себя и окружающих, к самоубийству, самоистязанию, к внезапным жестоким нападениям на других, к битью стекол и порче вещей, приемное отделение, где прежде всего и главным образом должен быть проводим постельный режим (с целью наблюдения за душевно-больным), должно отличаться достаточным простором, хорошим освещением, удовлетворительной кубатурой. В обычных случаях оно должно быть не очень больших размеров и состоять из нескольких палат на мужской и женской половине больницы. Оно может находиться и в центре главного здания, и тогда глухая стена делит его на мужское и женское наблюдательные отделения, причем каждое будет состоять из нескольких просторных палат. Лучше всего, если эти палаты, обращенные обычно окнами на юг, своими открытыми дверями или даже арками будут соединяться или с корридором, а еще лучше с одной длинной комнатой, служащей дежурному надзирателю или сестре для наблюдения отсюда за больными. Палаты должны иметь окна из корабельного стекла. На стенах, выходящих в палату печных поверхностях, окнах и т. д. не должно быть по возможности ничего лишнего—выступов, ручек, скобок и т. д. Каждая палата имеет лишь определенное количество простых очень прочных кроватей, и в некоторых случаях по простому без ящиков столику между двумя соседними койками.

Прибывшие больные укладываются в постель и лежат под одеялом в одном белье, как во всякой соматической больнице. Самый факт спокойного лежания в тихой обстановке весьма благоприятно действует даже на возбужденных и беспокойных больных, и они начинают сознавать, что находятся в больнице, должны лечиться, что они больны, что все здесь расчитано на то, чтобы они, подчиняясь режиму, могли поправиться. Таким образом самой выдающейся функцией приемного отделения должно быть наблюдение за больными, с целью выяснения особенностей их поведения, чтобы потом переместить их в то отделение, куда они наиболее подходят. Отсюда необходимость устройства в приемном отделении наблюдательных палат или, по крайней мере, хотя бы одной достаточно просторной наблюдательной палаты, как в целях наблюдения, так и проведения постельного режима.

Система постельного режима вошла в психиатрическую практику относительно недавно. Собственно говоря, впервые

эта система стала применяться лет сорок тому назад в некоторых английских и отчасти германских лечебницах, но в России стала применяться почти одновременно д-ром *Тимофеевым* (с 1892 г.) в бывшей больнице Александра III, на Удельной, д-ром *Смеловым* в больнице св. Пантелеймона и д-ром *Реформатским* в приемных отделениях обширной больницы-колонии для душевно-больных на Новознаменской даче. Несколько позднее (с 1896 г.) этот режим был введен в Московской психиатрической клинике, а также в Преображенской больнице и в Алексеевской на Канатчиковой даче. В это же время постельный режим стал широко практиковать в Екатеринославской земской больнице д-р *Говсеев*, который о хороших результатах этого метода делал свои обстоятельные доклады в Моск. Общ. психиатров и на Пироговском с'езде врачей в Киеве.

Как правило, применение этого способа является в отношении вновь поступающих острых душевно-больных, затем хроников в период обострения болезни и слабых или соматических больных. Более детальное показание к нему будет: вновь прибывшие острые душевно-больные, возбужденные как острые, так и хронические (приступы возбуждения скоро обычно стихают при лежании в постели), лихорадящие больные, слабые и истощенные больные, с хроническими телесными заболеваниями, больные нечистоплотные, склонные к разрушению и порче белья и одежды, онанирующие, ступорозные больные, наклонные при ходьбе и стоянии к отекам на нижних конечностях, покушающиеся на самоубийство и самоизувечение, отказывающиеся от приема пищи и опасные для других в силу импульсивности и неожиданных нападений на других больных и на персонал.

Помимо хороших результатов, приносимых тем больным, которые пользуются постельным режимом, он благодетелен тем, что устраняя из других палат и отделений беспокойных и шумливых больных, содействует водворению тишины и порядка в отделении и в больнице, т. ч. „может превратить,—как выражается д-р Говсеев в своем докладе,—самый плохой дом умалишенных в весьма полезную и даже благодетельную лечебницу“. Эта система важна, помимо своей простоты и доступности, еще тем, что при применении ее являются совершенно излишними те многочисленные, сложные и дорого-стоющие приспособления, которые раньше считались необходимыми для соблюдения порядка и для избежания несчастий в психиатрических больницах у возбужденных или опасных больных.

Но применение постельного режима должно быть все же строго индивидуализировано и подлежать известному, так сказать, дозированию. Для одних больных показано длительное пребывание в постели, для других даже острых больных

оно должно быть непродолжительным, для третьих полезно бывает прерывать его, напр., прогулкой, выходом к общему столу, даже какой-нибудь работой. В случаях возбуждения у хроников достаточно бывает два-три дня лежания в постели, в других случаях не вредят целые месяцы постельного режима, иногда вплоть до полного выздоровления.

При систематическом проведении постельного режима громадное большинство больных охотно ему подчиняется, даже те, которые вначале протестовали против него. Здесь большое значение, вероятно, имеет внушающее влияние всей обстановки, особенно на всякого вновь поступившего, который видит, что и соседи по койке лежат, как и полагается больным в лечебнице, да и ухаживающий, особенно младший, персонал привыкает смотреть на лежащих, как на подлинных больных.

В некоторых случаях к лежащим в палате больным приходится применять, как важное успокоительное средство, влажное обертывание, иногда длительное, а в других случаях еще удерживание сиделками или служителями. Это бывает необходимо, если острый больной возбуждается внезапно, довольно сильно и на непродолжительное время, когда он упорно стремится причинить себе вред — задушить себя, поранить, вырвать себе глаза, язык, повредить себе половые органы, сорвать наложенную на рану повязку и т. п. Конечно, удерживание должно производиться крайне осторожно,—во избежание причинения больному синяков, ссадин или перелома костей (напр. у органиков и у прогрессивных паралитиков),—непродолжительное лишь время и лучше в присутствии врача или дежурного надзирателя или сестры.

Но существуют и противопоказания к применению постельного режима. Это—у больных с сильным аффектом тоски и постоянным двигательным возбуждением. При насильственном удерживании эти больные, сильно сопротивляясь, могут получить синяки и другие повреждения. Затем следует иметь еще в виду маниакальных больных с незатемненным сознанием.

В виду того обстоятельства, что наблюдение за больными в подобных приемных отделениях, где строго должен проводиться постельный режим, должно быть весьма тщательным, умелым и в то же время ненадоедливым для больных способом, необходимо, чтобы персонал имел особые качества. Во-первых, как средний, так и младший персонал должен быть достаточно опытен и обучен, затем надежен в смысле добросовестности исполнения своих обязанностей, не отлучаться, все время быть на-стороже, быть терпеливым, ласковым и в то же время проворным, чтобы во-время подоспеть остановить, удержать больного, не позволять ему прятаться с головой под одеяло, словом заметить и предупредить все, что не может быть допущено, как вредное или опасное для больного.

Особенно необходимо, чтобы в ночное время персонал оставался в бодрственном состоянии, т. к. иногда вслед за тем, как заснет или задремлет дежурный, может произойти с больным какое-либо непоправимое несчастье. Наконец необходимо, чтобы в наблюдательном отделении персонал отличался известной физической силой на случай необходимости удержания внезапно возбудившегося больного.

Глава IX.

Отделение для беспокойных больных и возбужденных.—Особенности его устройства.—Изоляторы, их роль и назначение.—Режим в беспокойном отделении.—Принципы ухода и наблюдения за беспокойными, возбужденными и опасными больными.—Качества, необходимые для среднего и младшего персонала на этих отделениях.

Устройство отделения для беспокойных, буйных по прежней терминологии больных, часто возбуждающихся, злобных, склонных к жестоким нападениям на окружающих, к разрушительным стремлениям, а также стремящихся к побегу из больницы, должно быть несколько особенным. Лучше всего, если оно будет расположено в первом этаже. Оно должно быть просто и прочно устроено. Было бы хорошо, если бы окна его были из толстого корабельного стекла, в крайнем случае стекла в окнах должны быть защищены сетками, а снаружи—к сожалению—решетками. Двери в таких отделениях устраиваются очень прочными и всегда должны быть заперты достаточно крепким, исправным замком. Нигде в помещении не должно быть лишних предметов, на стенах, окнах, дверях—каких-либо выступов, шпингалетов, ручек, скобок или еще чего-либо подобного. Самое помещение должно быть достаточно просторно, соответственно количеству больных, с большою площадью пола, чтобы больные реже и меньше сталкивались, светло, хорошо вентилируемо. В нем желательно иметь большую комнату, которая могла бы служить и столовой и комнатой для дневного пребывания; в крайнем случае в отделении должен быть широкий и светлый корридор, по одной стороне которого должны находиться палаты, лучше небольших или средних размеров, не более как на несколько коек в каждой. При таких условиях успешнее можно подобрать больных, которые меньше ссорятся между собой и лучше уживаются. Самое же главное отличие подобного отделения, это—особого устройства комнаты небольшого размера, изоляторы, в числе нескольких. Введение постельного режима дает возможность держать беспокойных больных в постели, но это не всегда бывает возможно, особенно в больших, переполненных больницах, в роде Ленинградской 2-й психиатрической (бывшей св. Николая чуд.), с огромным движением больных. Поэтому с изоляторами все же приходится мириться,

как с неизбежным злом. Во всяком случае, без них иногда практически невозможно бывает обойтись. Необходимость уединения хотя на непродолжительное время сильно возбужденного больного от других соседей по палате, особенно в условиях значительного переполнения, как это обычно наблюдается в большинстве больших губернских и иных психиатрических больниц, установила пользование изоляторами. Под изолятором в психиатрических больницах обычно разумеют отдельную средних размеров в 5—6 кубов комнату, приспособленную для временного уединения в ней, обособления от других, крайне возбужденного или опасного для окружающих больного. В разных странах и в разное время врачи-психиатры придумывали всевозможные способы, чтобы сделать эти изоляторы по возможности удобными и в то же время совершенно безопасными. Обыкновенно устраивали и устраивают изолятор так, чтобы стены были гладки, без выступов, со скругленными углами, окрашены масляной краской, с корабельными стеклами в окнах. Пробовали пол и стены обивать пробкой и сверху покрывать очень крепким, хорошо пригнанным брезентом в рассчете на то, что больной даже в состоянии неистовства и крайнего возбуждения не сможет причинить себе ушибов или повреждений. Но обычно, как показал опыт, не требуется этой дорого-стоящей затеи, т. к. почти никогда не наблюдается таких двигательных состояний возбуждения у больных, во время которых они стремились бы биться головой о стену и т. п. Дверь изолятора должна быть очень массивной, крепкой, с надежным просто и быстро отпирающимся замком (лучше всего так назыв. вагонным). Освещение в виде лампы должно помещаться на потолке и в уровень с потолком защищено корабельным стеклом. В одних случаях применяют для спанья больного низкую массивную и обтянутую весьма прочным брезентом кушетку, обычно привинчиваемую к полу, и тяжелое насыпанное песком кресло, обтянутое сверху таким же брезентом и тоже привинченное к полу, или же, что бывает чаще, не оставляют в изоляторе никакой мебели и ограничиваются только легким соломенником, на котором может лежать больной. В двери имеется небольшое наблюдательное окошечко из корабельного стекла. Больного следует замыкать в изоляторе лишь на самое короткое время, а затем, как только пройдет период острого возбуждения у больного, дверь следует открыть или оставить полуоткрытой; можно также открытую дверь заставить со стороны коридора тяжелым креслом, диваном или скамьей, как это применялось, между прочим, в психиатрической клинике В.-Мед. Академии или в упраздненной ныне, но образцово и первоклассно прежде оборудованной больнице-колонии для душевнобольных на Новознаменской даче. В этой последней в павильоне для беспокойных и опасных больных изоляторы поме-

щались в двух боковых параллельных крыльях здания, выходя дверями в широкие светлые коридоры, где помещался наблюдающий персонал. Некоторые изоляторы имели снятые двери, и помещенный в такой изолятор возбужденный или беспокойный больной оставался иногда продолжительное время под постоянным присмотром и наблюдением персонала, отделенный от коридора придвинутым к двери тяжелым креслом или скамьей, которые и удалялись тотчас же, как только больной настолько успокаивался, что мог находиться в обществе других больных. Иногда в таком открытом изоляторе, чистом, светлом и достаточно просторном, больной, не выносивший общества других больных, оставался подолгу. Больные, все разрушающие, портящие и рвущие на себе белье, даже брезентовые костюмы, иногда по необходимости помещаются в изолятор совершенно голыми, а потому такие изоляторы в осеннее и холодное зимнее время должны быть достаточно теплыми. Пол в изоляторах должен быть или деревянный паркетный или из так назыв. ксилолита, что имеет преимущество, т. к. ксилолит не пропускает и не впитывает в себя мочи и в то же время остается теплым подобно дереву.

Когда приходится помещать в изолятор очень беспокойного, буйного больного, то это следует делать при помощи двух, а лучше трех достаточно сильных служителей или сиделок (когда изоляция производится на женском отделении), причем предпочтительнее перенести больного на руках и вносить следует головою вперед, во избежание сопротивления и упирания ногами в косяки дверей. При помещении в изолятор больного в белье и халате все белье должно быть осмотрено самым тщательным образом, чтобы у больного не осталось чего-либо опасного и ненужного. За помещенным в изолятор больным, если он заперт в нем, должен быть самый тщательный надзор, т. к. бывали случаи, что при некотором недосмотре больные ухищрялись причинять себе увечья и даже находили возможность покончить с собой самоубийством. Перед помещением больного в изолятор надо предварительно убедиться в том, что в нем нет другого случайно спрятавшегося больного, иначе — будучи заперт с другим больным — изолируемый возбужденный больной может причинить опасные повреждения своему соседу, что и наблюдалось неоднократно раньше на практике.

До момента введения в психиатрическую практику постельного режима изоляция возбужденных больных долгое время считалась неизбежной и почти единственной мерой при уходе за такого рода больными. Во всяком случае, изолирование больных противоречит принципу нестеснения (несвязывания) больных, no-restraint, и оно может допускаться лишь как неизбежное зло, в переполненных больших больницах типа старых построек, в роде 2-й психиатрической больницы

(бывшей б-цы св. Ник. чуд.) в Ленинграде. Действительно, изолирование больных не может и не должно считаться медицинским средством, т. к. для тех беспокойных, возбужденных больных, к которым оно применяется, приносит скорее вред, нежели пользу: изоляция нередко сопровождается упорной борьбой между больным и персоналом, имеет характер насилия и еще больше возбуждает и раздражает больного, а т. к. оно неизбежно происходит на глазах других больных отделения, то причиняет тягостное впечатление этим последним. Заключенный в изолятор и запертый в нем больной долго иногда кричит, вопит, бьет ногами в дверь и т. п., почему главная цель уединения больного—уменьшение возбуждения—не всегда и не скоро достигается. Кроме того, многие больные смотрят на изолирование, как на наказание и притом, по их мнению, несправедливое, в силу чего они озлобляются и долгое время по выходе из изолятора относятся к персоналу отделения со злобным и мстительным чувством.

Надо отметить также и то обстоятельство, что запертые в изолятор больные привыкают к неопрятности, пачкаются мочею и калом, мажут стены изоляторов и т. д. Я не говорю уже о том, что длительное пребывание больного в закрытом изоляторе приучает его к этому способу, а находясь в изоляторе, больные дичают, становятся угрюмыми, злыми и малодоступными. Таким образом изолирование, не будучи мерой чисто медицинской, а потому полезной для больного, может быть допускаемо в некоторых случаях как неизбежное зло, в целях избавить остальных больных отделения или палаты от крайне шумливого и беспокойного соседа, мешающего их отдыху или сну.

Отделения для беспокойных больных являются самыми тяжелыми и трудными по работе в них для всего персонала. В них необходимо проведение особенно строгого, не допускающего отступлений от известных правил и требований, режима. Здесь приходится особенно тщательно наблюдать, чтобы двери и окна были аккуратно заперты, чтобы нигде—ни в палатах, ни в корридорах—не было ничего такого, что могло бы послужить орудием нападения со стороны возбужденного и озлобленного больного; с другой стороны не должно быть и таких недочетов в обстановке, как случайно забытые вещи в роде пояса, веревки и т. д., которые могли бы послужить орудием покушения на самоубийство. Вся мебель—столы, скамьи, диваны и кровати—должна быть особенно прочной и по своему весу трудно поддающейся перемещению; хороши в этом отношении, напр., обеденные столы, прочно соединенные в одно целое с двумя такими же массивными скамьями по обеим сторонам. Окна, форточки, дверцы печей должны запираться особым образом, при помощи особых простых ключей, и так приспособлены, чтобы не иметь

никаких неровностей, выступов и возможности быть открытыми помимо тех ключей, которые для этого предназначены. Выключатели для электрического освещения, водопроводные краны находятся под особыми защитными, весьма прочными приспособлениями. Клозеты имеют обычно такое устройство, что кроме стульчаков весьма простой формы и очень прочно установленных больной не видит ничего иного, т. к. все приспособления для воды и спуска ее заделаны особым образом в стене. Вообще вся обстановка должна быть по возможности простой, крепкой и прочной, а двери и окна настолько хорошо и тщательно запираться, чтобы была исключена всякая возможность к побегу.

В подобных отделениях необходимо достаточное количество среднего и младшего персонала, по возможности крепкого физически, энергичного и в должной мере приученного к обслуживанию столь трудных отделений. Посты должны быть распределены с точным и умелым рассчетом, чтобы все важные пункты, сообразно с условиями и планом помещения, всегда были заняты наблюдающим персоналом и чтобы в случае надобности, в момент, напр., опасных нападений со стороны буйных и возбужденных больных, несколько человек служащих могли придти друг другу на помощь, взять и удержать больного до прихода врача или получения от него разрешения на изоляцию, а в случае необходимости и изолировать такого возбужденного больного.

Сообразно с условиями трудной работы в этих опасных и ответственных отделениях больницы, к персоналу, работающему на них, пред'являются особые требования. Старшие надзиратели (-ницы) должны быть особенно опытными, зарекомендовавшими себя продолжительной безупречной службой в психиатрических больницах, люди с большою выдержкой, сильною волей и огромным терпением, умеющие внушить своим ближайшим сотрудникам по работе уважение к себе, как строгим исполнителям служебного долга, умеющие повиноваться и в то же время внушающие к себе доверие в том отношении, что ничего личного в свои требования по службе они не вносят и стремятся к тому лишь, чтобы дело ухода и надзора за больными стояло на должной высоте. Их ближайшие помощники—фельдшера, младшие надзиратели и сестры также не должны быть новичками в деле, достаточно опытными и умеющими найтись и не растеряться в минуту опасности. Они должны уметь во-время подметить что-либо неладное, угрожающее правильному течению жизни в беспокойном отделении и в то же время не подавать повода больным быть недовольными слежкой или какими-либо недостаточно тактичными распоряжениями или поступками с их стороны. Они также должны уметь проявить должную твердость и настойчивость, без излишней мелочности или не-

нужной суровости. При подобном серьезном, без излишней уступчивости, отношении дело надзора и ухода за больными на беспокойных и опасных отделениях идет обычно вполне хорошо, т. к. подобное отношение вполне отвечает характеру больных, и они удовлетворительно подчиняются основным требованиям режима, строго установленного, спокойного, серьезно-настойчивого, лишенного мелких придирок и излишних требований

Что касается младшего персонала, то помимо того, что здесь должны быть особенно крепкие и ловкие суб'екты, умеющие взять и удержать возбужденного больного, достаточно смелые и находчивые, необходимо, чтобы они отличались ровным, спокойным характером, не были вспыльчивы и раздражительны, так как на подобных отделениях возможны особенно частые жестокие нападения со стороны больных, оскорбительные злобные выходки, побои и т. д. Поэтому важно, чтобы служащие умели сохранять ровность в обхождении и невозмутимое спокойствие в минуту получения удара, или незаслуженного оскорбления, чтобы в этом отношении они были особенно выдержаны, исполнены сознания того, что добросовестно выполняют свои тяжелые, но в то же время в высокой степени ответственные обязанности перед обществом. Персонал на буйных, беспокойных и опасных отделениях должен также приучиться оставаться бдительным на своем посту, всегда готовым встретить непредвиденную опасность. Самое трудное быть может—это оставаться бодрствующими в течение ночных смен, особенно под утро и не поддаться всесильному желанию заснуть. Ясное понимание той опасности, что всегда может произойти, если служитель заснет на своем посту, должно всегда быть в сознании персонала—нападение на спящего и даже убийство его при подобных условиях (чему были неоднократные примеры в различных больницах), возможность побега при помощи похищенных у такого служителя ключей, возможность самоудавления или самоповешения больного и т. д. Важно также, чтобы у младшего персонала был развит в высокой степени дух товарищества и солидарности, чтобы в минуту опасности немедленно спешить на выручку товарища, подвергшегося нападению особенно со стороны нескольких больных,—что чаще всего наблюдается со стороны больных арестантов,—и, рискуя собственной безопасностью, стараться всячески помочь другому служителю или надзирателю.

Глава X.

Арестованные душевно-больные, душевно-больные преступники, испытуемые и симулянты.—Опасности и неудобства отделений с больными подобных категорий.—Нежелательность нахождения уголовного элемента в стенах психиатрических больниц.—Законоположения о помещении испытуемых и больных (правонарушителей) на принудительное лечение в психиатрические больницы.

Существуют душевно-больные, вступившие в конфликт с установленными в государстве или стране уголовными законами. Их можно подразделить на три категории. Первую составляют суб'екты, относительно которых надлежит установить, в каком состоянии умственных способностей совершено ими преступное деяние. Это так называемые испытуемые. Сюда же относятся те случаи, когда подсудимый, находясь под следствием, заболел душевным расстройством.

Вторую группу составляют душевно-больные, совершившие преступление, но освобожденные от наказания (прежде по 92, 95, 96 и 97 ст. Улож. о наказан.). Это—назначаемые, по существующему ныне положению о душевно-больных, на принудительное лечение в специальных психиатрических больницах по приговору судебных инстанций. Их можно назвать преступными душевно-больными.

Третью группу составляют душевно-больные преступники, т. е. признанные по суду совершившими преступные деяния, не избавленные от наказания и заболевшие душевным расстройством уже после произнесения приговора, во время отбывания положенного наказания в тюрьме.

Все эти категории преступных типов могут быть помещаемы в специальные психиатрические больницы и являются наиболее нежелательным элементом психиатрических лечебниц, огромным злом в них, расстраивающим, как увидим дальше, правильную постановку всего больничного дела и дезорганизующим ее. Обычно их приходится держать на тех отделениях, где существует наиболее строгий режим, где особенно усиленный надзор и откуда меньше всего шансов совершить удачный побег, т. е. на отделениях для беспокойных и опасных больных. На таких отделениях содержатся, между прочим, душевно-больные арестанты здесь, в Ленинграде, во второй психиатрической больнице.

Помещение душевно-больных преступников в общие психиатрические больницы со всеми другими больными должно считаться неправильным и в высокой степени нежелательным. Однако, все же надо сказать, что вопрос, куда помещать душевно-больных преступников, в общие ли психиатрические лечебницы или в отдельные специальные заведения, напр. при центральных местах заключения, не везде решается одинаково. Одни специалисты стоят на той точке зрения, что

душевно-больные преступники такие же душевно-больные, как и все остальные, и нуждаются в таком же призрении и уходе, как другие больные, и что между совершившими преступные деяния душевно-больными есть много безопасных больных, не нуждающихся в усиленном за ними надзоре. Другие же врачи, и их значительное большинство, стоят на иной точке зрения. Они высказываются за то, чтобы для душевно-больных преступников, и по крайней мере для тех из них, которые являются особенно опасными душевно-больными, должно устраивать особые отделения и даже специальные психиатрические заведения, вроде Gaillon во Франции, Broadmoor в Англии, Moabit, Bunzlau, Tippau и др. в Германии.

Душевно-больные, совершившие в болезненном состоянии преступление, составляют в огромном большинстве контингент обычного характера и едва ли многим отличаются от других больных. Больницы мало тяготятся ими как больными, как особенно трудными в смысле ухода за ними, но тяготятся их числом, расходом на них значительных денежных средств и врачебных сил, тяготятся также невозможностью выписать их своевременно в случае выздоровления и вообще освободиться от них, когда они уже перешли в слабоумие, и больничный уход им более не нужен. Но совершенно иными являются для психиатрических лечебных заведений суб'екты, совершившие преступление в здоровом состоянии и заболевшие психическим расстройством позже. Большинство из них и в состоянии душевной болезни, сохраняя в значительной степени достаточно сознательное отношение к окружающему, остаются очень злыми, грубыми, развратными, ленивыми, недисциплинированными и очень опасными суб'ектами. Почти все они могут быть отнесены, по отсутствию у них этического чувства, к группе „insanitas moralis".

Присутствие их в стенах психиатрической больницы обнаруживается различными заговорами, предательскими нападениями, ссорами, драками, бесчисленными и незаслуженными оскорблениями персонала и рядом более опасных действий, направленных ко вреду и угрожающих жизни служащих. Все это нарушает общий тон нормальной больничной жизни, вынуждает администрацию больницы пользоваться изоляторами и другими средствами стеснения, оскорбляет больных, вызывает протесты со стороны их родственников и вообще портит больницу, отравляя жизнь и больным, и служащим. Преступный элемент вносит настоящий террор в соответствующее отделение больницы, дезорганизует персонал и вредно отзывается на всем течении жизни больницы, отнимая много сил и внимания от других медицинских и чисто лечебных задач учреждения.

Ввиду всего этого, многие психиатрические больницы на Западе, особенно новые, в своем уставе проводят постановле-

ния, совершенно запрещающие принимать этого рода больных. Конечно, вследствие исключения такого преступного элемента, внутренняя жизнь этих больниц складывается особенно благоприятно. Многие больницы не принимают даже никаких судебных случаев, что введено как принцип во многих Английских, Шотландских, Французских, Шведских, Датских и некоторых Германских больницах, как напр. в Альт-Шербиц. За подобное решение вопроса высказались очень многие выдающиеся психиатры, как *Wernicke, Neisser, Werner, Jastrowitz, Knecht, Löhr, Naecke, Siemens, Semal* и др. Также целые конгрессы, как напр. конгресс криминальной антропологии в Женеве в 1896 г., Антверпенский конгресс и друг. высказались вполне определенно, что умалишенные преступники должны содержаться не в общих психиатрических больницах, а в специальных особо для того предназначенных заведениях. Наши окружные лечебницы, содержавшие также обычно душевно-больных арестантов, всегда очень много страдали от этого элемента. Привожу здесь выдержку из докладной записки врачей Казанской окружной больницы, где они пишут: „присутствие арестантов среди других больных ложится тяжелым бременем на внутренний быт больницы. Желание выделить преступных больных мотивируется нами, главным образом, ропотом других больных на совместное пребывание их с преступниками и тем вредным элементом, который вносят арестанты, благодаря своему развращающему влиянию на больных, чем изменяется весь строй больничной жизни".

Можно указать на массу самых разнообразных тяжелых последствий от факта пребывания преступного элемента в каждой подобной психиатрической больнице и, между прочим, во 2-й психиатрической (бывшей св. Ник. чуд.)—нападения на окружающих вооруженных арестантов, что кончалось опасными поранениями, изувечением и даже убийством лиц медицинского персонала (напр., смерть д-ра *Грекера* в 1915 г., убийство одного из служителей больницы, поранение ножем смотрителя и некот. друг.); многочисленные заговоры и нападения скопом нескольких арестантов из разряда сознательных или симулянтов на прислугу с целью мести, избиения или для отнятия ключей, чтобы бежать из больницы; неоднократные побеги через окна (чаще всего при содействии соучастников, находящихся на свободе), с подпиливанием оконных железных решеток и спусканием с 3-го этажа на веревках, простынях и т. д.

Огромное деморализующее значение такого рода преступных элементов безусловно вредно отражается и на поведении других больных отделения, так как трудно изолировать их от находящихся среди них обычно вполне сознательных арестантов. Все это, взятое вместе, до крайности осложняет дело

ухода и наблюдения за душевно-больными на таком отделении. Особенно трудные условия создались в больницах за последние годы, вследствие помещения для испытания нередко симулянтов или большого поступления сюда в качестве отбывающих здесь принудительное лечение, за разного рода преступления, от „самогонщиков" и фальшивомонетчиков до налетчиков, бандитов и убийц. Среди них попадается много лиц, которым грозит высшая мера наказания, и естественно, что их близкие идут на всякие способы и ухищрения, чтобы спасти их и дать им возможность бежать из больницы. Были случаи проноса к арестантам огнестрельного оружия, яда, веревок, так что, кроме побегов через окна, у которых подпиливались решетки, были случаи насильственного отнятия ключей от служительского персонала. Удается это частью и потому, что соответствующие органы власти, помещая подобных лиц в психиатрические больницы, не предоставляют в распоряжение больничной администрации надлежащей хотя бы внешней вооруженной охраны. Прежде в 80-х годах (при главном враче больницы *О. А. Чечотте*) все душевно-больные—испытуемые и арестанты (статейные)—находились на отдельном корридоре, и тогда вооруженная охрана была как извне, так и внутри отделения. При таких условиях опасных нападений, особенно скопом, на служащих больницы, насколько помнится, не было. Не могло быть и побегов как путем отнятия ключей у служителя, так и через окна отделения. Впоследствии от вооруженной стражи, особенно внутренней, отказались, как от меры неподходящей для психиатрического учреждения, и с того времени всякие тяжелые инциденты на арестантском отделении стали заурядным явлением. Теперь, при новых условиях, в послереволюционный период, количество душевнобольных, принадлежащих к разряду испытуемых или статейных (по прежней терминологии) стало особенно велико, при чем среди них не мало подлинных симулянтов. Иногда подобные суб'екты, находившиеся раньше в Институте судебно-психиатрической экспертизы и прибывшие оттуда во 2-ю психиатрическую больницу на принудительное лечение, оказывались при более продолжительном наблюдении за ними все-таки симулянтами и, принадлежа к разряду наиболее антисоциальных и опасных элементов, давали повод к самым тяжелым событиям на отделении (вооруженные нападения на служителей, побеги через распиленные решетки в окнах и т. п.). Размещение подобных лиц среди других больных отделения (в видах распыления, предупреждения заговоров, вследствие тесного общения) тоже, как сказано, не всегда предупреждало и нападения и побеги.

В Институте судебно-психиатрической экспертизы, на который возложена специальная задача—установления диагнозов у лиц, присылаемых на испытание, имеется наружная

охрана, но и она не всегда, как показывает опыт, в состоянии бывает предупредить побеги и опасные покушения на окружающих. Психиатрические больницы могли бы начать жить правильною жизнью, как лечебные психиатрические учреждения, в том лишь случае, если бы перестали выполнять неправильно издавна возложенную на них функцию—принимать или разного рода судебные случаи на испытание, или брать статейных (по прежнему положению), или на принудительное лечение признанных совершившими приписываемое им преступление в состоянии душевной болезни и освобожденных по суду от наказания. Единственным выходом для психиатрических больниц было бы полное освобождение их от несения подобной функции и выведение соответственных больных в специально предназначенные для того отделения где-либо при центральных местах заключения.

Вопрос относительно душевно-больных испытуемых, преступных душевно-больных и душевно-больных преступников стоит совершенно различно у нас и в западно-европейских государствах. Начать с того, что у нас раньше экспертиза начиналась только после распорядительного заседания, когда предварительное следствие уже окончено, и конечно данные предварительного следствия далеко не всегда могли быть достаточными для эксперта-психиатра; между тем, во всех западно-европейских государствах психиатрические экспертизы производятся всегда, на основании закона, в тюрьме, и только как редчайшее исключение суд разрешает иногда, по просьбе врача-эксперта, переместить обвиняемого в психиатрическую больницу для окончательного выяснения болезни и установления точного диагноза. В большинстве государств Западной Европы тюремные врачи являются лицами с солидной подготовкой по судебной психопатологии и вполне могут производить психиатрическую экспертизу одновременно со следствием, в качестве судебных врачей. Затем, в большинстве стран преступный элемент теперь обычно помещается в специальных психиатрических отделениях или даже в отдельных психиатрических больницах при больших центральных тюрьмах, как Gaillon во Франции, Broadmoor в Англии, Moabit, Waldheim, Bunzlau, Tippau и др. в Германии, где не только директор, но и все врачи являются с обширной судебно-психопатологической подготовкой, настоящими знатоками по судебной психиатрии. При подобной правильной постановке дела, с возложением обязанностей по лечению душевно-больных преступников, по уходу и призрению их на специальные психиатрические учреждения при тюрьмах, находящиеся в ведении министерства юстиции, остальные психиатрические больницы не несут этих тяжелых, несвойственных им обязанностей и живут своею правильной жизнью настоящих лечебных психиатрических учреждений.

Раньше в России различные судебные, да и несудебные учреждения направляли душевно-больных, иногда по одному подозрению, в психиатрические больницы для экспертизы. Судебные учреждения, придерживаясь статей 92, 95, 96 и 97 прежнего Улож. о наказ., направляли сюда душевно-больных, освобожденных по суду от наказания, до выздоровления, с возможностью освобождения из психиатрической больницы по прошествии не менее двух лет после того, как можно было установить выздоровление от душевного расстройства. Когда существовали Приказы Обществ. Призрения, то никогда душевно-больные арестанты не содержались в „психических" отделениях, ибо закон предписывал, чтобы преступники—умалишенные содержались в особых для них больницах при местах заключения. Только впоследствии, с возникновением земств и нового городового положения, когда функции Приказов Обществ. Призрения были переданы земствам и городским самоуправлениям, администрация стала возлагать психиатрическую экспертизу на специальные больницы и их врачей и помещать в эти больницы судебные случаи, душевно-больных преступников и преступных душевно-больных, руководствуясь означенными выше статьями 92, 95, 96 и 97. Но, как оказывается, определенно точных указаний на это в законе нет, и в действительности дело обстояло так, что психиатрическая больница и врачи ее имели полное право отказываться производить психиатрическую экспертизу, и суд не имел никаких средств ни принудить их, ни покарать за отказ. Точно также никакого точного указания в прежних законах не имеется относительно того, что можно было помещать помешанных преступников в земские или городские психиатрические больницы и лечебницы и содержать их здесь наряду с другими душевно-больными, не преступниками. Наоборот, в законе существовало указание на то (законодат. положение от 14 ноября 1864 г.), что при каждом исправительном арестантскомотд отделении (в столицах и во всех губернских городах) должна быть особая больница для умалишенных преступников с определенным числом кроватей (на 120 человек).

Между тем, это важное законоположение было как то обидным образом забыто, и психиатрические больницы бедствовали вследствие помещения в них незаконного, как мы видели, преступного элемента. К сожалению, прежняя практика помещения сюда судебных случаев сохранилась у нас и при перемене режима. Правда, в обеих столицах и, повидимому, еще в некоторых больших центрах, как напр. на юге, выделены как особые единицы так назыв. диагностические институты судебно-психиатрической экспертизы, на которые возложено определение диагнозов в судебных случаях, но заключение на принудительное лечение, по установлении диагноза и освобождении судебной инстанцией от

наказания по суду, вследствие болезненного состояния, в психиатрические учреждения общего характера сохранилось в полной мере.

В настоящее время установилась такая практика, что все судебные власти и установления, начиная с судебного следователя и кончая Народным Судом и Губ. Народн. Судом, могут по распоряжению прокурора направить всякого заподозренного в душевном расстройстве для экспертизы в Диагностический Институт или в психиатрическую больницу, причем в этих случаях они руководствуются статьями 17 и 46 Угол. Кодекса. По выяснении формы болезни те же судебные власти и установления, которыми был поднят вопрос об экспертизе или за которыми числился испытуемый, дают распоряжение считать освобожденного по суду от наказания на принудительном лечении впредь до выздоровления. Освобождение таких лиц от принудительного лечения делается по особому распоряжению, по освидетельствовании состояния их умственных способностей, после того, как администрацией больницы послано уведомление соответств. судебной инстанции о последовавшем выздоровлении.

Глава XI.

Отделения для слабых и неопрятных больных. — Особенности этих отделений.—Уход за слабыми и неопрятными больными.—Лазареты.—Отделения для остро-заразных больных. - Отделения и изоляция туберкулезных больных.— Отделения для слабых эпилептиков. Качества, необходимые для персонала, ухаживающего за слабыми и неопрятными больными.

Во всякой значительной по своим размерам и количеству находящихся в ней больных психиатрической больнице, кроме приемного и наблюдательного отделения и отделения для беспокойных и опасных больных, должны быть еще отделения для слабых и лазаретных больных и отделения для спокойных.

Как показывает опыт, психиатрическая практика и статистика, обычное количество слабых больных составляет от четверти до трети всего количества душевно-больных в учреждении. Душевные болезни, поражая главный жизненный аппарат организма — головной мозг, зачастую сказываются тем, что жизнеспособность тканей в организме, их сопротивляемость вредным воздействиям резко понижается, и это как в частях, так и по отношению ко всему организму. Отсюда— легкая сравнительно скорая изнашиваемость организма, раннее увядание, ослабление, упадок сил. Поэтому состав слабых больных в лечебницах формируется не только из больных с такими формами, как dementia senilis, arteriosclerosis cerebri, все другие виды органических поражений мозга и особенно прогрессивный паралич, но и из значительного числа при-

рожденно-слабоумных, эпилептиков, психоневротиков и разных категорий больных с ранним слабоумием.

Все эти слабые или слабоватые физически больные и составляют контингент так называемых слабых отделений. Конечно, здесь же должны по необходимости находиться лежачие больные с разного рода физическими заболеваниями, как легочные, сердечные, почечные больные, с инфекционными заболеваниями, как грипп, тифы, рожа, малярия и особенно большое количество с легочным туберкулезом. Правда, большая часть этих последних составляет контингент лазаретных уже больных, но обычно лазарет является непременной частью слабого отделения, а из него, в свою очередь, выделяется часть, особым образом изолированная, под инфекционное отделение для остро-заразных больных.

Отделение для слабых больных лучше по возможности устраивать в нижнем этаже здания в видах большего удобства и возможности выводить, такого рода больных на прогулку в сад или во дворик или даже, в случае надобности, выносить их сюда. Желательно, поэтому, чтобы слабое отделение имело свой отдельный садик. Слабые отделения для мужчин и женщин могут быть смежными для удобства обслуживания, и только в том случае, если больница устроена по павильонной системе, как это бывает в больницах-колониях, где женские и мужские павильоны размещаются на обособленных территориях, отделения для слабых мужчин и женщин будут в различных зданиях и в различных местах усадьбы. В таких загородных больницах отделения для слабых больных имеют обычно выход в сад или в окружающие их цветники и зачастую снабжаются верандами, где больные могут пользоваться открытым воздухом как в летнее, так отчасти и в зимнее время.

По своему устройству отделения эти, будут ли они в общем для больницы здании или, что конечно лучше, в отдельных павильонах, должны быть значительно более просты, нежели наблюдательные отделения или для беспокойных больных. Здесь нет надобности в каких-либо особых приспособлениях для дверей, печей, корабельных стекол и т. п. Но зато они должны быть достаточно просторны, с большой кубатурой, не менее четырех кубов на человека, светлы, с большими окнами, в палатах для лежачих больных всего лучше, по климатическим условиям, обращенными на юг и с хорошей вентиляцией, т. к. в подобных отделениях может быть много неопрятных больных, сильно портящих воздух. Помимо достаточного количества просторных палат для лежачих больных в таком отделении должна быть большая комната для дневного пребывания менее слабых больных, которые большую часть дня могут проводить вне постели. Эта же комната может служить и столовой для имеющих возможность, по состоянию здоровья, выходить к общему столу.

Стены в палатах должны быть оштукатурены и закрашены масляной краской или обшиты деревом и тоже выкрашены масляной краской—лучше белого или светлого цвета, серой или голубоватой. Полы в общих помещениях — столовой и корридорах — могут быть паркетные, в лазарете же и в палатах для лежачих больных предпочтительнее всего из ксилолитовых плиток, легких, прочных, хорошо красящихся, совершенно не впитывающих в себя жидкости и с такой же теплой поверхностью, как дерево.

Печи могут быть или обычные изразцовые голландские или, если центральное отопление, то должны быть особые приспособления, овлажнители, для предупреждения излишней сухости воздуха. В связи с тем или иным устройством отопления должна быть хорошо работающая вентиляционная система в виду большого обычно скопления больных, портящих воздух (мочащиеся и испражняющиеся под-себя).

В слабых отделениях должно быть достаточное по количеству больных число ванн и правильное снабжение водой, т. к. состав больных обычно таков, что требует частого омовения и применения иногда значительного количества лечебных ванн; помимо того, все больные должны мыться в отделении, не имея возможности пользоваться, по слабости здоровья, больничной баней. Во многих благоустроенных больницах в отделениях для слабых устраиваются обычно и водолечебницы для пользования разного рода душами и кабинет для электротерапии, светолечения и массажа в случае надобности лечения параличей, невралгий и пр. Как водолечебница, так и кабинет для электролечения помимо слабых больных могут служить для надобности и других больных учреждения.

Мебель в отделении должна быть, в чисто гигиенических целях, особенно простой, деревянной, выкрашенной светлой масляной краской. Кровати должны быть прочны, простого устройства, с сетками, причем у больных слабых, но в то же время беспокойных, часто пытающихся вставать и бродить, могут быть применяемы кровати на низких ножках и снабженные высокими деревянными бортами, обтянутыми мягкой кошмой и сверху плотной клеенкой, окрашенной белой масляной краской; такие борта удобны, т. к. достаточно мягки и гигиеничны, п. ч. хорошо чистятся и легко моются теплой мыльной водой. У больных неопрятных все кровати должны быть безусловно снабжены резиновой клеенкой, положенной под простыней, поверх соломенника. В некоторых клиниках у неопрятных мочею и калом больных применяются особой системы кровати, у которых в средней части тюфяка имеется круглое отверстие, а под ним выдвижная рама с особым приемником для мочи и испражнений, т. ч. белье и постель не загрязняются, и больной все время остается сухим и неза-

пачканным. Но такие кровати дороги, можно обойтись более дешевыми и вполне удовлетворяющими требованиям гигиены и чистоты, а именно: средняя часть матраца, на которой помещается таз больного, делается с'емной и заполняется или хорошо просушенным мохом, или особой морской травой (т. назыв. „ситником“ или „подситником“) или древесными стружками. Материал этот очень дешев и легко может быть, по мере надобности, заменяем свежим.

Разумеется, в целях предупреждения пролежней у слабых и неопрятных больных можно применять еще особые резиновые круги (кольца) или резиновые подушки и матрацы, наполняемые водой или, что лучше и проще, надуваемые через особую воронку воздухом. Хорошо также иметь в таких палатах для слабых и неопрятных больных особые кресла-стульчаки системы инженера Тимоховича с приемниками, наполненными инфузорной землей, отлично поглощающей мочу и пахнущие газы и совершенно почти не оставляющей дурного запаха в палате. С тою же целью, предупреждать по возможности происхождение пролежней, следует время от времени поднимать таких слабых больных и сажать их на время от $^1/_2$ часа до часа в кресла, помещаемые возле кроватей. Особенно удобны и гигиеничны в этом отношении легкие и прочные с высокими спинками и соответств. ручками камышевые кресла.

Необходимой принадлежностью таких отделений должно быть еще больничное кресло на колесах, при помощи которого особенно удобно перемещать слабого неходячего больного, особенно тучного больного, куда-либо в другую палату, в ванну, на веранду и т. д. Можно применять и носилки, но этот способ менее удобен и требует по крайней мере двух служителей или сиделок. Нелишне иметь еще особую тележку, при помощи которой больного можно перемещать, нисколько не беспокоя его, вместе с его кроватью.

Уход за такими слабыми и в то же время нечистоплотными, мочащимися и испражняющимися под-себя больными должен быть самый тщательный, умелый и в высокой степени добросовестный. Надо прежде всего обращать внимание на то, чтобы кормление таких больных велось без отступлений от установленных для того правил и вполне целесообразно. Зачастую эти больные не могут есть самостоятельно, их приходится кормить с ложки и в то же время они бывают прожорливы и малосознательны, едят и глотают много и с жадностью. Поэтому кормить их следует пищей достаточно измельченной, жидкой или полужидкой и не слишком горячей, давать пищу следует осторожно, закрыв грудь больного салфеткой или особым нагрудником и подавая пищу равномерно, не спеша, так чтобы больной успевал прожевывать и глотать ее, не поперхиваясь. Надо избегать перекармливать

таких больных, чтобы не вызвать у них рвоты или расстройства желудка и кишек. Кроме того, надлежит всячески следить за тем, чтобы слабые и неопрятные больные возможно чаще осматривались, и тело их своевременно обтиралось, чтобы оставаться по возможности сухим, незамоченным и незагрязненным. Для этого необходимо также возможно чаще менять носильное и постельное белье у больных, обтирать тело больных досуха и делать больным соответственные ванны.

В благоустроенных больницах в отделениях для неопрятных больных всегда тщательно следят за тем, чтобы такие больные своевременно испражнялись, для чего даются им соответственные слабительные или же ставятся регулярно клизмы, и кроме того больным время от времени предлагается подкладное судно; словом, принимаются все меры к тому, чтобы больной не испражнялся и не мочился в постели и под-себя. Мочащимся под себя больным дают так называемые „утки“ и заставляют их пользоваться возможно чаще „утками“ или вставать и мочиться в клозете, т. ч. этим путем удается во многих случаях приучить больных не мочиться в постели и добиться, наконец, того, что больные становятся опрятными. Исключение могут составить разве уже очень слабые больные с спинномозговыми поражениями, с недержанием мочи или кала на этой почве, или вполне слабоумные, совершенно почти не реагирующие на окружающее. Если средний и младший персонал вполне научен делу ухода за слабыми и неопрятными больными и относится к этим своим обязанностям с должным вниманием и добросовестностью, то нечистоплотность у больных, как правило, почти исчезает, и количество мочащихся и испражняющихся под-себя становится минимальным. Известный д-р *Пец*, директор больницы-колонии Альт-Шербиц, добился в свое время, один из первых, того, что в слабых отделениях его обширного учреждения почти совершенно исчезли проявления нечистоплотности.

Другое, к чему должен быть особенно приучен ухаживающий за слабыми и неопрятными больными персонал, это, чтобы у больных всячески предупреждалось появление и образование пролежней. Для этого должно ввести как общее правило, чтобы и старшая надзирательница отделения, и дежурные сестры тщательно осматривали ежедневно всех лежащих больных и отмечали бы для сведения врача в дневнике о всякой обнаруженной на теле ссадине, покраснении кожи и т. д. и принимали бы соответственные меры к предупреждению и приостановке болезненного процесса, делая соответств. смазывания, перевязки, применяя резиновые кольца, матрацы и прочее.

В то же время ухаживающий персонал всегда должен помнить, что в числе слабых может быть большое количество

больных с органическим поражением мозга или страдающих прогрессивным параличом, кости которых отличаются хрупкостью, а ткани легко ранимы и с трудом поддаются заживлению. Поэтому сестры и сиделки (в слабых и лазаретных даже мужских отделениях желателен исключительно женский ухаживающий персонал) должны быть особенно хорошо обучены тому, как следует ухаживать за такого рода больными и насколько бережно и осторожно обращаться с ними, чтобы как-нибудь случайно не повредить им. Особенно следует быть внимательной и осторожной, когда больной массивен и грузен и приходится его поднимать, переворачивать, сажать в ванну или вынимать из нее. Все это следует делать, по крайней мере, вдвоем, и потому желательно, чтобы сиделки были опытны, осторожны и достаточно сильны физически. Как результат неосторожности и неопытности может быть ушиб, падение больного с переломом ребер или костей конечностей.

Кроме того, следует помнить, что сколько-нибудь продолжительное давление на ткани у такого больного или ушиб могут вызвать начало пролежня, кровоизлияние и затем обезображивающее сморщивание тканей, как это можно наблюдать у паралитиков в виде так назыв. отэматом.

Позволю себе отметить здесь в немногих словах особенности ухода за слабыми эпилептиками, обычно призреваемыми в слабых отделениях больницы. В виду того, что эти больные отличаются, как и вообще эпилептики, особенной неуживчивостью, склонностью к ссорам, дракам и т. п. и в то же время подвергаются особенно частым и сильным судорожным припадкам, во время которых легко получают серьезные повреждения, ушибы и травмы, то лучше держать их в особой палате слабого отделения или в обособленной части его; персонал же должен быть достаточно обучен уходу за такими больными, терпеливо снося приставания, капризы, особую навязчивость с их стороны, проявления раздражительности, несправедливого гнева и мстительности. В то же время у персонала должен выработаться особый навык подмечать особенности и изменения в наружном виде и поведении эпилептиков, свидетельствующие обычно о приближении судорожного припадка, во время которого надо позаботиться о принятии соответственных мер—растегнуть ворот, распустить шнуровку на теле, уложить больного на пол или матрац. Весьма хорошо, если палата, где помещаются эпилептики, будет застлана толстыми циновками во избежание ушибов при внезапных падениях на пол, кровати же должны быть особенно низкими, т. наз. американской системы; в некоторых случаях, особенно у больных, имеющих большие судорожные припадки в ночное время, кровати должны быть снабжены высокими и мягкими бортами.

Для остро-заразных случаев должны быть отведены в удаленной части слабого отделения (лучше в крыле здания) или лазарета особые палаты в количестве нескольких, не менее трех-четырех, причем они должны быть значительно обособлены от остального помещения и должны иметь отдельные входы снаружи, напр., один вход в корридор, соединяющий две палаты, и другой вход, особо ведущий в третью палату. Для такого, предназначенного для заразных больных отделения должна служить особая ванна или даже две отдельные ванны. Еще лучше, если такой павильон или барак для изоляции душевно-больных, заболевших остро-заразным процессом, будет устроен по так назыв. системе box'a (ящика) так, чтобы в каждую комнату вел отдельный вход снаружи и при каждой такой палате была отдельная прихожая с ванной.

Большое значение для психиатрических больниц имеет огромное количество в них больных с легочным туберкулезом. Явление это издавна вполне справедливо считается большим злом крупных психиатрических учреждений. Скученность душевно-больных в таких больницах и легкая передача заразы в высокой степени содействует распространению болезни в угрожающем масштабе, давая огромный процент смертности.

Не только у нас, при далеко неудовлетворительном положении психиатрических больниц, но и в некоторых заграничных количество душевно-больных иногда в два-три раза превосходит ту норму, на которую рассчитано помещение больницы. С другой стороны, уже в самом организме душевно-больных существуют особые условия, которые способствуют возникновению и усилению туберкулезного процесса в легких. Заболевание головного мозга ослабляет, вне всякого сомнения, жизненную энергию организма, многих органов в нем, особенно сердца и легких, сопротивляемость ткани инфекции резко понижается и т. к. при этом еще падает питание организма и ухудшаются условия кровообращения и легочного дыхания, вследствие малоподвижности больных и поверхностного дыхания, то туберкулезный легочный процесс у них быстро принимает злокачественную форму. Все это приводит к тому, что легочный туберкулез у душевно-больных в 5—8 раз встречается чаще, нежели среди душевно-здоровых. Количество туберкулезных в психиатрических заведениях, как показывает статистика, колеблется от 5 до 15 и даже до 20%, смертность же среди них столь значительна, что составляет от 25 до 30% всех умирающих за год душевно-больных в учреждении. Поэтому вполне понятно стремление наиболее благоустроенных психиатрических больниц выделять заболевших легочным туберкулезом в особые отделения или, по крайней мере, помещать их в обособленных палатах при слабых отделениях или лазаретах. Особенно на это стали обращать внимание со времени известного доклада о положении

туберкулезных больных в психиатрических больницах, сделанного проф. *Marie* на Международном Медицинском Конгрессе в 1900 г. в Париже.

В настоящее время во многих Западно-Европейских государствах—в Шотландии, Дании, Норвегии, Швеции и др., применяют в психиатрических больницах те же меры лечения свежим воздухом и солнцем туберкулезных душевнобольных, как и в специальных санаториях для легочных больных. Для этого производят частое и энергичное проветривание палат, где лежат такие больные, даже в зимнее время, причем лежащие и хорошо укутанные больные целыми часами имеют возможность дышать прохладным свежим воздухом. То же делают и в ночное время. Затем таких больных в зимнее время выносят тепло-одетых лежать определенное время на открытых верандах, а летом на верандах, устроенных с южной солнечной стороны, подвергая их солнцепеку. Результаты этого способа лечения весьма благотворны и ободряющи.

Опыт прошлой войны подтверждает это. Особенно подчеркивают это некоторые русские врачи, которые, будучи захвачены на германском фронте в плен со своими воинскими частями, жили в концентрационных лагерях северной Германии. Обычно приходилось пользоваться плохими, наскоро сколоченными деревянными бараками, в каких помещались и лазареты для пленных. В стенах зданий были многочисленные и большие щели, бараки же топились крайне скудно, т. ч. t° в них была довольно низкая, а естественная вентиляция получалась чрезвычайно энергичной. Тем не менее отмечено как общее правило, что легочные больные, иногда с острым туберкулезным процессом, молодые солдаты, помещаемые на отдых и лечение в подобные неблагоустроенные бараки, при недостаточном питании, все же быстро поправлялись и вскоре выписывались, возвращаясь на работы.

Соответственно особенностям ухода за душевно-больными в слабых и лазаретных отделениях персонал их должен отличаться некоторыми особыми свойствами. Старшая надзирательница безусловно должна быть с полным фельдшерским образованием, т. к. в этих отделениях помимо психиатрических знаний, необходимых при уходе за душевно-больными, должны быть достаточные знания по уходу за соматическими и заразными больными, т.-е. знания и достаточная осведомленность о лекарственных назначениях, правильном и своевременном их употреблении, достаточное знание гигиенических и санитарных требований, забота о правильном кормлении слабых больных, наблюдение за стулом больных, соблюдение всех основных условий ухода за чистотой тела неопрятных, правильное пользование вентиляцией, своевременное изолирование заразных больных, дезинфекция помещений и т. д.

Старшая надзирательница должна постоянно следить за точным выполнением назначений врача и требовать, чтобы как дежурные сестры, так и сиделки соблюдали все основные правила по уходу за слабыми и неопрятными больными. Сестры на таких отделениях должны неусыпно следить за чистотой в отделении и палатах, доглядывать за появлением малейшего пролежня у больных, следить, чтобы больной был накормлен во-время и в меру, а также и за тем чтобы кишечник ежедневно опорожнялся.

Что касается младшего персонала, то он должен состоять из достаточно крепких физически и хорошо обученных уходу за такими больными сиделок. На подобных отделениях сиделки должны быть терпеливы, милосердны и небрезгливы, т. к., здесь особенно часто приходится иметь дело со рвотой у больных, с пачканьем калом, с постоянной неопрятностью мочею многих больных. В то же время сиделки должны хорошо и бережно уметь взять, поднять, перевернуть или перенести больного, не причиняя ему ушиба или какого-либо случайного повреждения. Наконец, при уходе за припадочными больными они должны быть хорошо инструктированы, как следует поступать с больным в момент судорожного приступа или после него, не растеряться при виде иногда очень тяжелой картины большого припадка, как поступить в момент затемнения сознания при психическом эквиваленте припадка и т. п.

Многие больные слабых и лазаретных отделений погибают в течение года от той или иной естественной причины и подлежат вскрытию. Желательно, чтобы врачи, заведущие этими отделениями и имевшие этих больных под своим наблюдением в последние периоды их болезни, сами делали вскрытия. Только при таких условиях клиника душевных заболеваний, находя подтверждение или опровержение своих наблюдений, будет в достаточной степени коррегироваться и давать богатый научный и практический опыт.

Глава XII.

Отделения для спокойных больных—выздоравливающих и хроников. Нервно-психические отделения.—Отделения для отсталых детей и идиотов.—Больницы-колонии для душевно-больных.—Система no-restraint и open-door.—Трудовой режим.—Работы в мастерских и на открытом воздухе.—Основные качества, необходимые для персонала, работающего в спокойных отделениях и в больницах-колониях.—Выписка душевно-больных из психиатрических больниц.

Контингент больных в спокойных отделениях психиатрических больниц составляют во-первых выздоравливающие от острых психозов, затем душевно-больные, течение болезни у которых не принимает форм слишком неудобных и нетерпимых для окружающих, далее—больные хотя испытывающие

обманы чувств и высказывающие бредовые идеи, но с относительно ясным сознанием и не проявляющие значительного возбуждения и беспокойства, психо-невротики и наконец более или менее спокойные хроники с ослабленным интеллектом. Многие из этих больных не только дают себе полный отчет в окружающей их обстановке, но и хорошо сознают свое положение.

Одни из них—выздоравливающие—только-что перешли сюда из других отделений, где пережили уже более острый период своей болезни и в настоящее время находятся здесь, ожидая в недалеком будущем возвращения в свою домашнюю обстановку. Другие же—хроники—поступив сюда, будут здесь находиться, вероятно, неопределенно долгое время, и спокойное отделение больницы будет для них не столько местом лечения, сколько приютом, заменяющим им родную домашнюю обстановку, жить в которой они по разным причинам не могут. Первые нуждаются в подходящей уютной обстановке перед возвращением в свои семьи, вторые не менее их нуждаются в удобном, покойном и уютном помещении, где они будут жить долгие годы, быть может даже до самой смерти. Поэтому устройство и вся обстановка спокойных отделений должны менее всего носить больничный или казарменный характер, скорее же должна походить на обстановку обыкновенных удобных жилых квартир или пансионов, рассчитанных на большое число живущих.

На окнах и дверях должны быть занавески и драпировки, придающие помещению особый, теплый, уютный характер, на стенах должны быть гравюры и картины, на окнах и возле них цветы, мебель удобная, частью мягкая. Ни решеток, ни особых сложных запоров у дверей и окон, ни корабельных стекол в них не должно быть и в помине. Желательно, чтобы помещение отделения состояло главным образом из небольших по размерам, уютных и хорошо обставленных комнат, на два-три человека каждая, и общего большого зала или комнаты дневного пребывания, где бо́льшая часть больных отделения могла бы проводить дневные часы. Обычно в этих помещениях бывает рояль или пианино на женских отделениях и биллиард—на мужских. В случае надобности, такая палата может служить и столовой, и рабочей комнатой. Кроме того, на этом отделении должна быть просторная и хорошо меблированная приемная для посетителей, родственников и знакомых больных. При спокойном отделении желательна библиотека для больных, с кабинетом для чтения при ней.

Часть больных спокойного отделения может и в праве пользоваться еще большею свободою, нежели остальные больные. Это будут или близкие к выздоровлению от психического расстройства или даже вполне уже поправившиеся лица, но только в силу каких-либо особых обстоятельств не имеющие

еще возможности выйти из больницы, или же наконец психоневротики, не обнаруживающие признаков формального душевного расстройства и в то же время безусловно нуждающиеся в пребывании в лечебнице в силу дисциплинирующего режима ее и необходимости для них врачебного наблюдения. По инициативе проф. *В. М. Бехтерева*, для таких больных при Военно-Мед. Академии в 1900 г. было устроено специальное нервно-психическое отделение. Несколько позднее приблизительно такое же учреждение было создано *Möbius*'ом близ Берлина—Haus Schönow в *Zehlendorf*е. Такие нервно-психические отделения стали устраиваться при некоторых крупных психиатрических больницах за границей и у нас как, напр., в 1 и 3 психиатрических больницах под Ленинградом.

При некоторых психиатрических больницах, отдельно, а иногда при спокойных отделениях устраиваются учреждения для отсталых, морально-дефективных детей, а также для детей детских домов, заболевших острым психозом, и имбецилов. Они имеют важное значение—сама жизнь выдвигает вопрос о правильной постановке подобных учреждений. Патологические состояния у этих детей обнаруживаются с раннего детства, и с этого же раннего периода таким детям желательно и необходимо дать подходящую обстановку. Между тем, помещать таких детей в общие отделения совместно со взрослыми душевно-больными уже потому неудобно и вредно, что дети могут подвергнуться вредному воздействию со стороны взрослых душевно-больных и перенять от них много дурного, разные нехорошие привычки и повадки. Кроме того, в деле призрения и воспитания таких отсталых и аморальных детей и подростков применяются обычно особые методы лечения, обучения и воспитания, и все это трудно осуществить в помещениях, общих со взрослыми душевно-больными. В настоящее время такое отделение для детей и подростков — мальчиков и девочек — только-что устроено и начало функционировать в 3-й психиатрической больнице Ленинграда на Удельной. Раньше в Петрограде существовали особые заведения подобного рода—д-ров *Маляревских* и позднее д-ра *Трошина*.

В спокойных отделениях полностью должны проводиться системы no-restraint и open-door. В этом отношении произошла огромная перемена в положении душевно-больных, если за сравнение взять жизнь старых психиатрических больниц и современных. Старинные больницы—дома для умалишенных до конца XVIII века, скорее были тяжелыми местами заключения для душевно-больных, которые зачастую жили здесь за железными решетками и крепкими запорами, в страшной скученности и тесноте, нередко в оковах и цепях, прикованные к стене или столбу, подобно тяжким уголовным пре-

ступникам. Самые помещения напоминали, по своим размерам и отсутствию освещения, тюремные карцеры, к тому же нередко совсе мне отапливаемые в зимнее время. Словом, это были настоящие места мучений для несчастных душевно-больных.

Начало улучшения в положении душевно-больных относится к последним годам XVIII столетия, когда выдающиеся и гуманные врачи-психиатры почти одновременно в разных западно-европейских странах осуществили изменение тюремного режима душевно-больных на больничный, сняв цепи с душевно-больных и создав им человеческие условия существования. Одними из первых, начавших проповедь освобождения душевно-больных, были *Daquin* из Шамбери в Савойе (в 1792 г.), *Chiarugi* во Флоренции, *Pinel* в Париже, *W. Tuke* в Англии.

Прежде при уходе за возбужденными душевно-больными считалось обязательным меры строгости, насилия, связывания, применение так наз. смирительных или горячечных рубашек, помещение больных при всяком ничтожном поводе в особые изоляторы, ничем не отличающиеся от карцеров, и применение настоящих пыток водой. *Pinel*, *Daquin*, *Chiarugi*, *Tuke*, *Canolli* стали проводить совершенно противоположные этому взгляды возможно меньшего стеснения душевно-больных, особенно таких, которые не склонны злоупотреблять предоставленной им свободой, *Canolli*, напр., определенно стоял на том, что даже простое связывание больных недопустимо и бесполезно. Он полагал, что буйные больные совершенно исчезнут в психиатрических больницах, если перестать их связывать, а вместо этого меньше лишать их свободы, позаботиться о лучшем питании их, размещении в более светлых и просторных палатах и прекратить грубости и злоупотребления со стороны прислуги. И действительно, с момента отказа от грубых мер стеснения буйных больных стало значительно меньше. В настоящее время механические меры стеснения могут считаться допустимыми разве лишь при упорном стремлении больного причинять себе тяжелые увечия—вырывать глаза, язык, повредить половые органы, или при упорном и длительном стремлении к самоубийству. Изолирование в специальные комнаты также имеет очень ограниченный круг показаний—сильные и длительные приступы возбуждения, с нападением на окружающих и стремлением к разрушению. Со времени введения в психиатрическую практику постельного режима в наблюдательных отделениях изолирование стало практиковаться все меньше и меньше. В настоящее время существует не мало психиатрических больниц, где принципиально не пользуются изоляторами или в которых их никогда не устраивали.

Возможно меньшее стеснение душевно-больных выразилось в способе применения открытых дверей—open-door—в тех

зданиях или павильонах больницы, где находятся спокойные больные. Больные при существовании этой системы имеют право свободного выхода в течение целого дня из отделения и прогулок по всей, иногда обширной, территории больницы. Но само собой разумеется, эта система приносит отличные результаты только тогда, когда вся обстановка и жизнь в больнице достаточно привлекательны для больных (как напр., в Шотландии), чтобы они не делали попыток бежать из нее. Умение в обращении и очень внимательное отношение служащих к нуждам и интересам больных, а также пример других больных, давно живущих в учреждении, влияет в благотворном смысле на вновь поступающих, предупреждая попытки такого рода. Конечно, побеги и некоторые несчастные случаи, стоящие в связи с ними, возможны, но все же те блага, которые проистекают от этой системы для большинства больных, могущих пользоваться предоставленной им свободой и не злоупотреблять ею, в значительной степени превышают те отдельные несчастные случаи, предусмотреть и предотвратить которые не всегда является возможным при этом режиме.

В связи с предоставлением возможно большей свободы душевно-больным, чтобы они могли пользоваться доступными им благами жизни и чтобы самая жизнь их в больнице наиболее подходила к обычным жизненным условиям, стали применять трудовой режим для душевно-больных, предоставлять им возможность работать как в разнообразных специальных мастерских, так и на открытом воздухе. Одним из самых сильных природных влечений человека является, как известно, стремление к проявлению своего я, к активной деятельности, к занятию чем-либо. В больших неприспособленных к трудовому режиму, крайне переполненных больницах больные лишены возможности удовлетворить эту потребность, и от бездействия и полного отсутствия интересов душевно-больные опускаются умственно и морально, тупеют, дичают и все больше и больше теряют человеческий облик. Возможность заняться каким-либо трудом совершенно перерождает их до неузнаваемости. Труд имеет громадное значение для душевно-больных: он отвлекает их от бредовых идей, затушевывает и смягчает существующие у многих из них яркие обманы чувств, уменьшает поводы к столкновениям с другими больными, укрепляет медленно нарастающие после перенесенной болезни душевные силы и т. д. На тех лиц, у которых душевное заболевание закончилось с дефектом, с упадком интеллекта, физический труд благоприятно действует, поддерживая ослабевшие умственные силы и предохраняя от окончательного упадка эти остатки интеллекта.

Всякому опытному психиатру приходилось не раз наблюдать, что больные хроники, долгое время жившие чисто

животной жизнью, быстро изменяются, под влиянием заинтересовавшего их труда, до полной неузнаваемости—у них является интерес к окружающему, к учреждению, желание быть полезными на благо других, словом—такой душевнобольной снова приобретает прежний свой облик разумного существа. Излишне распространяться о том, что под влиянием труда душевно-больные крепнут физически, выглядят живее, лучше, бодрее, начинают отлично спать, у них появляется прекрасный аппетит, они начинают прибывать в весе. Поэтому, правильно организованный труд справедливо считается одним из лучших лечебных методов в борьбе с душевными болезнями.

Наибольшего развития и применения все эти основные принципы современной практической психиатрии находят себе в больших загородных или пригородных психиатрических учреждениях, носящих название колоний или больниц-колоний для душевно-больных. Отчасти соображения экономического характера и потребность как-нибудь разгрузить переполненные городские психиатрические учреждения, главным же образом научные соображения и психиатрическая практика давно уже стали подсказывать, что возможно и должно занимать больных, как выздоравливающих, так и неизлечимых хроников, каким-либо трудом и особенно работами на открытом воздухе и что такого рода работы могут явиться наилучшим и незаменимым способом лечения.

Еще *Pinel* упоминал об одной испанской психиатрической лечебнице в Сарагоссе, основанной в XV веке, где душевнобольные занимались полевыми работами. Сам он пытался ввести такой труд для больных в завед. им Bicêtre, но вполне осуществить это удалось лишь одному из его приемников—*Ferrus*. Также *Reil*'ю приписывают план устроить психиатрическую лечебницу по типу загородной фермы. Впрочем, первая настоящая колония для душевно-больных была основана, насколько известно, в 1832 г. под Парижем. Это была „Ferme St. Anne". Позднее, в 1847 г. братья *Лабитт* основали близ Клермона, в дер. Фиц-Джемс, колонию для психических больных уже в значительных размерах. Введены здесь были самые разнообразные полевые работы в широком масштабе. Значительно позднее *Marandon de Montyel*'ем было открыто в Ville Evrard учреждение, где тщательно проводилась система open-door и работы на открытом воздухе.

Позднее, в 1877 г. была основана известная больница-колония Альт-Шербиц между Лейпцигом и Галле (в Саксонии). Устроил ее профессор в Галле *Köppe*, оставивший для этого свою кафедру и всецело занявшийся осуществлением своей идеи. Раньше Альт-Шербиц было благоустроенным рыцарским поместьем и заключало в себе до 300 акров хорошей земли, так что значительное количество душевно-больных

могло с успехом приложить здесь свой труд. В дальнейшем психиатрические учреждения подобного рода стали возникать как в Германии, так и в других западно-европейских странах: Италии, Дании, Англии.

В России вскоре после введения земств такого рода психиатрические больницы-колонии стали излюбленным и наиболее желательным типом вновь устраиваемых психиатрических учреждений. Надо сказать, что мысль о правильной организации трудовых занятий у душевно-больных впервые высказана была в докладе главного врача Колмовской психиатрической больницы Новгородского земства д-ром *Андриоли*, который вслед затем стал осуществлять это практически. Его преемник, д-р *Шпаковский* имел уже возможность осуществить это более планомерно и в более широких размерах. Вскоре д-р *Литвинов* организовал такую же постановку дела в только что созданной Тверским земством Бурашевской больницеколонии. Затем возник ряд таких больниц-колоний в разных земствах в центре, на востоке и на севере России—в Сапогове Курской губ., в Галенчине близ Рязани, Томашевом Колке в Самарской губ., под Симбирском (Карамзинская лечебница), в Кувшинове близ Вологды и т. д. Образцовыми больницами-колониями являлись основанная Московским губ. земством в Покровско-Мещерском в Подольском уезде, устроителем которой был д-р *В. И. Яковенко*, Новознаменская больница близ Лигова, учрежденная Петрогр. Гор. Управлением, устроителем которой был д-р *Н. Н. Реформатский*, и земская психиатрическая больница в Сиворицах, над устройством которой не мало поработал д-р *П. П. Кащенко*.

Основными и наиболее характерными особенностями таких психиатрических учреждений-колоний или больниц-колоний являются во-первых их значительные размеры, так как они предназначаются для призрения в них сотен и даже тысяч (до 2—3000) душевно-больных и в их распоряжении находятся обычно земельные участки до 300—500 десятин земли удобной для посева и огородных работ, с лесом, сенокосом, с хорошей питьевой водой, а во-вторых, значительное количество зданий павильонной системы, удобных для размещения в них различных групп и категорий больных. Наконец, во всех колониях самым важным является применение в возможно полном виде систем no-restraint и open-door и разнообразного физического труда для душевно-больных как в многочисленных мастерских и на ферме, так в особенности в поле, лесу и огороде.

В особопостроенном здании мастерских могут быть применены самые разнообразные виды работ—для мужчин сапожные, портняжные, слесарные, кузнечные, столярные, переплетные, для женщин—преимущественно—швейные, ткацкие, чулочные и пр. При больших размерах учреждения и значи-

тельном количестве трудоспособных больных изготовление всего необходимого в больничном обиходе может достигать таких размеров, что за покрытием собственных нужд могут быть выполняемы посторонние заказы. Лично мне известно, что в начале 900 годов ткацкие мастерские Новознаменской больницы изготовляли такое количество сарпинки, что ее хватало не только на платья сиделок, душевно-больных женщин, на летние костюмы больных мужчин и служителей, но ею удовлетворялись заказы соседней больницы Всех Скорбящих. То же было по изготовлению чулок и носков, а равно шитью халатов и костюмов для больных. При установлении трудового режима для душевно-больных, главным образом должны иметься ввиду польза больных, чисто лечебные цели, возможность дать больным такие полезные занятия, которые содействовали бы физическому укреплению и скорейшему поправлению острых душевно-больных, и поддержание опускающихся в умственном и моральном отношении душевно-больных хроников. Однако, и чисто экономическая сторона может здесь играть некоторую, правда по сравнению с медицинской стороной дела, второстепенную роль. Все же правильная постановка работы душевно-больных может до известной степени облегчить бюджет больницы-колонии.

Выбор больных и назначение их в ту или иную мастерскую должны всегда производиться с особенной тщательностью, продуманностью и вниманием и должны принадлежать исключительно врачу, под наблюдением которого больной находится, и по соглашению с тем врачом, в ведении которого находятся мастерские и на ответственности которого лежит правильная постановка труда больных и наблюдение за больными. В мастерские могут быть допущены лишь хорошо изученные больные, вполне обследованные, надежные, спокойные или, во всяком случае, не слишком раздражительные и, что особенно важно, не имеющие склонности к самоубийству или самоистязанию. Склонные к самоубийству больные могут подолгу скрывать свои стремления с целью лучше обмануть бдительность присматривающего персонала, и об этом всегда следует особенно помнить. К сожалению, все-таки бывают отдельные случаи, когда такой больной, которого все привыкли считать неспособным на это и который ничем не подавал повода к подобного рода предположениям, все-таки обманывал доверие и посягал на свою жизнь. Лица надзирательского состава и особенно старшие надзиратели по мастерским должны быть особенно опытными в деле присмотра и наблюдения над больными и уметь самым бдительным образом следить за работающими с опасными, режущими и колющими инструментами больными и ни на минуту не упускать их из виду. Поэтому хорошо, если заведующий мастерскими надзиратель всегда держит на учете все наиболее

опасные и острые инструменты и придерживается особого строго выполняемого способа и порядка хранения их в шкафу со стеклянными дверцами, так, чтобы они всегда были на виду и чтобы во всякий данный момент можно было при проверке видеть, как эти инструменты распределены между больными, какие должны были оставаться в шкафу и каких в данный момент не досчитывается. Особенно это важно бывает знать в момент окончания работ в мастерской, перед уходом больных в павильоны. Только после тщательной проверки всех инструментов можно спокойно закрыть мастерскую и отпустить больных.

Что касается наружных работ, то они должны носить самый разнообразный характер, начиная с чистки дорожек, уборки снега, работ на ферме и огороде и кончая сенокосом и различными сложными полевыми работами. При выборе больных и отправке их на наружные работы можно быть менее требовательным, так как здесь представляется возможность свободнее размещать больных, почему в значительной степени уменьшаются поводы к ссорам и столкновениям их между собою, легче группировать их по однородности состава, по физической трудоспособности, по желанию самих больных работать партиями и т. д. Наиболее раздражительные, гневливые и неуживчивые больные должны быть всегда на виду и на учете у наблюдающих за ними лиц.

Во время таких работ, когда больным предоставлена полная свобода, возможны частые побеги с территории колонии. Сам по себе уход больного не представляет из себя ничего особенного, но возможны тяжелые и нежелательные события, которые могут произойти в связи с такими побегами—больной может утонуть, попасть под поезд, трамвай или автомобиль, пройти в город, напиться там до-пьяну, наскандалить, совершить какое-либо наказуемое деяние и т. д. Что касается женщин, не достигших климактерия, то тут возможно еще случайное забеременение. Поэтому необычайно важно, чтобы как служителя и сиделки, сопровождающие больных, так и надзирательский персонал, ведущий наблюдение за порученными больными, помнил обо всем этом и тщательно присматривал бы за работающими больными и в случае замеченного побега принимал бы немедленно соответственные меры к задержанию. Необходимо как при отправке на работы, так и при возвращении в павильоны производить тщательный подсчет больным, чтобы своевременно убедиться в наличии и возвращении всех больных.

Во всяком случае стремление больных к бегству в больницах с системой открытых дверей меньше, нежели в учреждениях без open-door, хотя количество осуществленных побегов в общем, разумеется, может быть больше, нежели в закрытых больницах. Главным средством, удерживающим больных в учре-

ждении от побегов, должен быть самый строй учреждения, внимательное и заботливое отношение персонала к больным, создание, коротко говоря, таких благоприятных условий существования для больного в лечебнице, чтобы он мог дорожить жизнью в таком учреждении и не пытался бы искать вне его чего-то лучшего и более привлекательного для себя. При таких удовлетворительных в материальном отношении условиях, при умелом ведении всего дела в учреждении, при хорошем и заботливом уходе за больными со стороны персонала больные втягиваются в работу, проникаются интересами учреждения, которые становятся близкими им, своими, и такие учреждения во время разгара летних работ бывают скорее похожи на благоустроенные имения, где хозяева и работники сами душевно-больные, нежели на психиатрические больницы. Налаживанию правильного строя жизни и всего нормального течения ее в таких больших психиатрических учреждениях помимо главного руководительства, принадлежащего стоящему во главе врачу и другим врачам, способствует умелый, подготовленный к делу и любящий это дело и больных персонал. Но кроме того и больные, которые сжились с больницей и привыкли к ней, вносят много полезного, благотворно влияя на большинство поступающих вновь больных своим примером личного труда и подчинения распоряжениям больничной администрации. В этом отношении, как указал еще *С. С. Корсаков*, некоторые больные, привязавшиеся к учреждению, как к своему собственному дому, являются незаменимыми союзниками врачей, поддерживающими их авторитет, и придают жизни в больнице интимный, чисто семейный характер.

Несомненно, здесь огромную роль играет бессознательно действующее внушение, заразительное влияние доброго примера, особенно принимая во внимание высокую внушаемость, свойственную большинству обитателей больниц-колоний, как лиц до известной степени слабоумных и во всяком случае дефективных в интеллектуальном отношении. Высокая внушаемость, свойственная им, их склонность легко, без протеста и критики подчиняться указаниям других лиц, выше их стоящих в умственном отношении, обусловливает ту легкость управления ими, какую приходится наблюдать в местах большого скопления их, где относительно ничтожное число опытных лиц в состоянии заставить их вполне подчиняться установленному режиму и успешно руководить работами, в которых душевно-больные хроники с большой пользой для себя и учреждения находят применение своим уцелевшим способностям. (*Ф. А. Наумов* „Внушаемость у слабоумных“).

Количество работоспособных душевно-больных колеблется в больницах-колониях в широких размерах, от 50 — 70%. Число часов, посвященных работе, не должно при обычных условиях превышать 6—часа три с утра до обеда и столько

же после полуденного отдыха до ужина. Самые работы должны быть строго индивидуализированы соответственно свойству болезни, способностям, физическим силам, знакомству с работой и т. д. Иногда особенно хорошим и старательным работникам дают в виде поощрения небольшие денежные вознаграждения, мелкие подарки, табак и т. д., но некоторые психиатры считают это излишним и нерациональным, предпочитая назначать взамен этого улучшенный стол или добавочные порции в виде молока, яиц, белого хлеба и т. д. Несомненно, особым преимуществом и главным стимулом к работе для таких больных является предоставление им возможно полной свободы на всей территории учреждения. Поощрением в этом отношении являются также устраиваемые время от времени, обычно в специально приспособленном для того помещении, спектакли в лечебнице с участием или без участия в них самих больных, музыкальные вечера, танцы, чтения с туманными картинами, кинематографические сеансы и проч.

Принято считать, что в среднем работа 4—5 человек душевно-больных равноценна работе одного психически здорового, и потому она не является как будто достаточно-продуктивной. Но если дело поставлено хорошо, на прочных широких основах, а количество физически-крепких душевнобольных является преобладающим, то работа больных оказывается достаточно продуктивной и в среднем может учитываться, как равноценная от $^1/_3$ до $^1/_2$ работы одного здорового работника. Во всяком случае, не преследуя нисколько получения выгоды и доходов, работа душевно-больных и ведение огородно-полевого хозяйства может явиться значительным подспорьем в бюджете большого психиатрического учреждения, снижая общую сумму расходов его на $^1/_6$—$^1/_4$, смотря по различным местным условиям.

Иногда психиатрические больницы-колонии являются вполне законченными и самостоятельными учреждениями, но это бывает далеко не часто. Обычно такие колонии представляют из себя открытые пригородные или загородные отделения больших закрытых городских психиатрических больниц. В этом последнем случае оба учреждения: городское и загородное взаимно дополняют одно другое и вместе составляют весьма жизненное и целесообразное целое; иногда они как бы переходят непосредственно одно в другое и между ними устанавливается тот живой обмен больными, который крайне необходим и благодетелен для внутренней жизни того и другого учреждения — и больницы, и колонии, причем загородная колония спасает городскую больницу от перегружения ее хрониками и дает ей полную возможность продолжать выполнять основную ее функцию — лечебницы.

Жизнь в больших психиатрических больницах и особенно в больницах-колониях должна быть налажена в строго-опре-

деленном порядке, чего безусловно требует присущая ей сложность и многообразие. По возможности все должно быть урегулировано, учтено, все должно выполняться точно, стройно, аккуратно и пунктуально, но в то же самое время не должно быть грубо механизировано, не однообразно-мертвенно, не казарменно, а по возможности строго индивидуализировано. По завету одного из величайших русских психиатров и гуманистов, покойного проф. *С. С. Корсакова* — „живая душа должна быть видна во всем и прежде всего в индивидуализации каждого больного". А это дело очень трудное, требующее, помимо знания и большой затраты времени, полной преданности делу, большой любви к нему. Как врачам, так и среднему персоналу должна быть известна по возможности вся прошлая жизнь больного, его настоящее состояние, его интересы, его склонности и привычки. Оказываемое больному внимание, заботы о нем служат поистине лучшим цементом, связующим душевно-больного как с персоналом, так и с интересами того психиатрического учреждения, где он находит себе приют. Это и поддерживает личность больного, и служит лучшим лечебным средством в больнице.

Для того, чтобы возможно было достичь таких благотворных результатов, необходимо, чтобы как средний, так и младший персонал в спокойных отделениях больниц и особенно в учреждениях колониального типа, где преобладающий элемент—или поправляющиеся от психоза или сознательные хроники, наиболее соответствовал характеру этих сознательных больных по своим качествам и своему уменью обходиться с ними.

Старшие надзиратели в этих учреждениях должны быть не только людьми опытными и преданными делу, но и людьми многосторонними, особенно тактичными и осторожными. Те из них, которые заведуют мастерскими, должны кроме того быть достаточно знакомы с разного рода ремеслами хотя бы настолько, чтобы умело руководить работами и пробудить у больных интерес к работе. Руководящие работами на открытом воздухе должны до известной степени знать огородное дело и полевое хозяйство. Младшие надзиратели, являясь ближайшими помощниками их в деле ведения всех этих работ, должны возможно точнее следить за выполнением данных им инструкций, должны иметь знакомство с характером работ и умело следить за порученными им больными. Младший персонал, служителя и сиделки, должны отличаться известной расторопностью, сметливостью, столь необходимой для присмотра за сознательными больными в момент их работ в мастерских, где больные сравнительно скучены и имеют в своем распоряжении много опасных инструментов, или на наружных работах, где особенно часто могут быть попытки к побегу. Кроме того, некоторые из младшего персонала должны быть

мастерами в том или другом ремесле и должны уметь показать, как производить ту или другую работу или же, находясь на наружных работах, уметь руководить ими и личным примером на работе в огороде, лесу или поле побуждать к более дружной и согласованной работе. От младшего персонала в то же время требуется, чтобы он, оставаясь вежливым и приветливым и не вступая в излишние разговоры, не переставал наблюдать и следить за теми больными, которые этого требуют, и не подавать вида, что эти надзор и наблюдение ведутся все время.

Теперь следует остановиться еще на рассмотрении того, как и при каких обстоятельствах должны выписываться душевно-больные из лечебницы. При нормальных условиях больной может быть выписан в том лишь случае, когда он совершенно поправился в психическом отношении, и дальнейшее пребывание его в специальном учреждении излишне.

Я оставляю здесь в стороне те случаи, когда больной находится в лечебнице по распоряжению судебных властей на принудительном лечении. В этих случаях, как я уже упоминал, по выздоровлении возбуждается соответственное ходатайство администрацией больницы или самим больным об освидетельствовании его в соответственном порядке. То же следует сказать о душевно-больных из состава красноармейцев, помещенных почему-либо в психиатрическую больницу. Все эти лица могут быть выписываемы после специального освидетельствования их и последовавшего затем постановления о выписке.

Но могут быть случаи, когда необходимо бывает согласиться и на преждевременную (до наступления полного выздоровления) выписку больного. Эти случаи будут—слишком затянувшийся процесс выздоровления от болезни, дальнейшее поправление от которой безусловно возможно и в домашней обстановке, болезненная тоска больного по детям, родным или по дому, опасность ухудшения от насильственного задержания больного в лечебнице, попытка на самоубийство при отказе в выписке и, наконец, настойчивые требования родных о выписке при нежелании их согласиться на доводы врача о полезности продления лечения. В числе причин, указываемых как повод к несколько преждевременной выписке, *Bleuler* отмечает, кроме того, и то, что при затянувшемся выздоровлении участие и посещение со стороны ближайших родственников больного ослабевают и это дурно отзывается как на самочувствии больного, так и на дальнейшем ходе его болезни. Во всех этих случаях лучше заставлять родственников больного оставлять за их подписью в конторе учреждения удостоверение, что больной выписывается по их требованию, с обязательством отвечать за него и заботиться о нем.

Желательно, чтобы больной по выходе из лечебного заведения попал в такие благоприятные условия жизни, которые

не волновали бы его и могли бы содействовать окончательному его выздоровлению, иначе при излишних умственных и физических напряжениях, при больших заботах и волнениях может наступить быстрый и тяжелый рецидив болезни. Ввиду всего этого, в соответственных случаях необходимо испытать пробную выписку—условно на месяц или даже на несколько месяцев с тем, чтобы в случае ухудшения психического состояния, больной мог быть немедленно возвращен в больницу.

Существуют некоторые группы больных, для которых чересчур продолжительное пребывание в больнице определенно вредно и потому с разных точек зрения нежелательно. Кроме того, некоторыми авторами (*Bleuler*) отмечается, что больные с ранним слабоумием и особенно кататоники при пробной выписке проявляют довольно внезапное и длительное затем улучшение.

Глава XIII.

Посемейное призрение (patronage familial) за границей и у нас.—Общества попечения за границей и у нас.

При развитии практической психиатрии, в заботах дать душевно-больным возможность пользоваться наибольшей доступной им свободой и условиями жизни, близкой по своей обстановке к нормальной, семейной, пришли к возможности осуществления этого в виде так назыв. посемейного призрения—patronage familial.

Первоначально это было осуществлено в Бельгии, в местечке Gheel близ Антверпена. По преданию, в VI веке нашей эры, когда христианство стало распространяться в Ирландии, дочь одного Ирландского короля Димфна, принявшая христианство, спасаясь от своего отца, воспылавшего к ней чувственной страстью, бежала к Антверпену и поселилась в Gheel'e. Настигнутая здесь отцом, она была им в гневе обезглавлена. Убив дочь король—по преданию—сошел с ума и в безумном страхе бежал из страны. По тому же преданию, случайно бывший при этом и видавший сцену убийства душевно-больной внезапно выздоровел от своего психического расстройства. С этого времени св. Димфна признана была покровительницей душевно-больных, и на ее могиле усердно молившиеся душевно-больные получали, будто бы, исцеление. Тогда стали привозить сюда душевно-больных со всей Бельгии и даже из соседних стран в надежде на исцеление. Мало-по-малу среди местного населения привился обычай призревать у себя на дому душевно-больных и выработалось уменье ухаживать за ними. В начале XIX века это дело было взято правительством под свое наблюдение и получило правильную организацию. Здесь выстроена была лечебница для душевно-

больных и назначены врачи-психиатры для наблюдения за всеми находящимися на призрении у местных жителей душевно-больными. Число призреваемых здесь в настоящее время превышает 2000 чел. Кроме Gheel'я в 1894 г. в Бельгии был устроен такого же большого размера patronage familial в местечке Lierneux близ Liége'a.

Подобный способ призрения душевно-больных, как удобный и наиболее дешевый, привился во многих странах Зап. Европы—в Голландии, Франции, Германии, Англии и особенно Шотландии. Во Франции известен большой патронаж в тихом, захолустном городке Dun sur Auron неподалеку от Bourges. Патронажи значительных размеров возникли в Германии—Ilten в Ганновере, вблизи Бремена и особенно неподалеку от больших психиатрических больниц Ucht-Schpring'a и в Dalldorf'e и Herzberg'e возле Берлина. Общее количество призреваемых в патронажах Германии достигает 2500—3000 чел. Наибольшего же развития этот вид призрения душевно-больных достиг в Шотландии, где по этому способу призревается около трети всех душевно-больных в стране. Нужно отдать полную справедливость—дело постановки здесь в patronage familial поставлено на недосягаемую высоту по правильности, целесообразности и удобству для больных.

У нас приоритет поднятия вопроса и осуществление первых шагов в этом направлении принадлежит *С. С. Корсакову*, который обосновал свой взгляд на это дело на первом с'езде отечественных психиатров в 1887 г. Первая попытка под его руководством была проведена д-ром *Н. Н. Баженовым* сначала около Рязани, а затем в окрестностях Москвы—в селе Семеновском за Калужской заставой. Позднее, и в бо́льших размерах, это было осуществлено Екатериносл. губ. земством (д-р *Говсеев*), Нижегородским, Воронежским и друг. В Петрограде посемейное призрение в 1905—1908 г. было организовано по заданиям Гор. Самоуправления д-ром *Н. Н. Реформатским* в Ямбургском уезде и в Новой Деревне.

Для призрения в патронаже подходят главным образом следующие случаи: дебильные, имбецилы, нерезкие идиоты, неизлечимые, физически крепкие хроники сравнительно спокойные, без ярких галлюцинаций и бреда, с ослаблением интеллекта, малосклонные к возбуждению, безопасные в смысле стремления к самоубийству. Из женщин следует иметь ввиду те же категории больных и преимущественно пожилых, перешедших критический возраст, во избежание забеременения в условиях значительной предоставляемой им свободы.

Количество больных, подходящих для посемейного призрения, исчисляется приблизительно в 15—20% всех душевно-больных из числа находящихся в психиатрических учреждениях. Посемейное призрение обходится значительно дешевле лечения и призрения в больницах. Так, в Gheel'e и в Lier-

neux больной обходится не больше 30—40 франков в месяц. В России такой больной обходился не дороже 8—10 рублей в месяц. Поэтому этот способ является желательным и подходящим при переполнении существующих психиатрических больниц и при желании устроить больного так, чтобы о нем были достаточные все же заботы и попечение. Больные, находящиеся в семьях, пользуются, конечно, большей свободой, нежели в психиатрических колониях, и могут потому жить вполне удовлетворяющей их личной жизнью.

Необходимо иметь ввиду, чтобы не было каких-либо злоупотреблений в отношении душевно-больных, особенно женщин, со стороны приютивших их хозяев. Поэтому выбор лиц, желающих взять к себе больных, должен производиться с большой тщательностью и осмотрительностью. Ввиду этого условия посемейного призрения в странах некультурных, как напр. у нас, оказываются мало-благоприятными и дело идет плохо, в странах, где общий уровень культуры населения очень высок, этот вид призрения душевно-больных дает блестящие результаты, что мы и наблюдаем в Бельгии, Германии и особенно в Шотландии.

Существует еще другой способ посемейного призрения душевно-больных. Это способ, особенно рекомендованный *Alt*'ом и заключающийся в помещении таких подходящих больных в семьи наиболее надежных служителей и сиделок больших психиатрических больниц или психиатрических колоний. Это так назыв. патронаж у ворот больниц. Такие служителя живут по близости больницы или им строят с этой целью небольшие домики в окрестностях больницы.

Наконец существует еще способ призрения, рекомендованный известным голландским психиатром, Амстердамским профессором и главным врачом больницы Murenberg *Wan-Dewenter*'ом. Он ввел на практике и горячо рекомендовал помещение таких больных в их собственные семьи. В этих случаях семье больного дается от государства или общины известное пособие на содержание больного члена. При надлежащем врачебном контроле и правильной организации всего психиатрического дела призрения эта система может давать вполне хорошие результаты. Однако существуют и возражения, а именно—что родственники нередко хуже относятся к своим душевно-больным, нежели посторонние лица, которые уже из опасения потерять известный доход лучше соблюдают условия договора, касающиеся ухода за больными. С другой стороны, душевно-больной, находясь в своей семье хуже подчиняется, имеет возможность половых сношений со всеми проистекающими от этого нежелательными последствиями и т. д.

Во всяком случае, посемейное призрение является нужным и полезным звеном в сети психиатрических учреждений страны.

И если патронаж находится неподалеку от психиатрической больницы, состоит с ней в тесном и постоянном контакте и врачебный надзор за больными в нем обеспечен, то такой патронаж безусловно нужен, полезен и желателен.

При вполне правильной постановке психиатрической помощи в стране заботы общества о больном и по выходе его из больницы, не должны прекращаться. Такой больной не должен исчезнуть из виду и связь его с психиатрическим учреждением должна сохраняться. В заботах о бывших душевнобольных в Зав.-Европейских государствах, особенно в Англии (Шотландии), Франции, Германии и Голландии уже много лет существуют особые общества помощи выписавшимся из психиатрических учреждений больным. Цель и назначение их—помогать этим лицам войти в трудовую жизнь, оказывая на первых порах по выходе помощь и деньгами, и советом, и рекомендацией, чтобы только что перенесший душевный недуг хотя на первое время был освобожден от трудных для него забот о крове и о хлебе насущном. Затем эти общества обычно помогают бывшим больным удовлетворительно устроиться на каком-либо подходящем месте. В некоторых местах эти общества, как напр. Гессенские общества, имеющие своим председателем проф. *Ludwig*'а, ставят свои задачи особенно широко—они располагают в разных городах края членами-сотрудниками и корреспондентами, которые находятся в деятельной переписке, как между собой, так и с правлением общества, сносятся с бывшими больными данного района, знают хорошо об их положении и нуждах и в случае надобности своевременно уведомляют об этом правление общества и кроме того стараются привлечь на помощь таким больным возможно широкие круги населения.

Здесь, в Ленинграде (тогдашнем Петрограде) раньше существовало подобное Общество попечения о душевно-больных. Членами его по уставу должны были быть все местные врачи-психиатры. Одно время весьма энергичным и деятельным председателем его был д-р *Н. Н. Реформатский*. В то время это общество имело, между прочим, в своем распоряжении дом в Шувалове, где находили себе приют бывшие душевнобольные до приискания какой-либо службы или занятий. Сюда же обращались некоторые больные, потерявшие по разным причинам свои занятия или службу или чувствующие потребность во временном отдыхе для восстановления сил.

Таким образом, правильная организация психиатрической помощи в стране должна состоять из целой группы психиатрических систем, причем каждая должна включать в себя по возможности целый ряд психиатрических учреждений, взаимно одно другое восполняющих — больницу для острых псих. больных с приемным покоем и нервно-психическим диспансером при ней, учреждения для выздоравливающих

и хроников, типа пригородной или загородной больницы-колонии, учреждения в той или иной форме посемейного призрения и, как заключительное звено,— общество попечения о бывших душевно-больных, продолжающее морально и материально заботиться о бывших больных по выходе их из специальных психиатрических больниц.

Глава XIV.

Профилактика и гигиена душевных болезней. — Распространение душевных болезней в населении.—Разные виды душевных заболеваний—прирожденные, унаследованные и приобретенные формы.—Роль сифилиса, туберкулеза, эпидемических болезней, алкоголизма и народного невежества в происхождении и распространении душевных болезней.—Методы и способы борьбы с ними.

Душевные болезни имеют, как мы видели, весьма обширное распространение в каждой стране, в любом государстве и обнаруживают тенденцию возрастать в числе с распространением и углублением культуры, т. к. с развитием культуры усиливается обычно и обостряется борьба за существование. Следует отметить, что в странах с малокультурным населением, где преобладающей формой труда является главным образом земледелие, процент заболевающих душевным расстройством несколько меньше, нежели в странах с интенсивной заводской и фабричной деятельностью. Ввиду этого, число заболеваний душевным расстройством в такой, напр., стране как наше отечество уже a priori должно быть меньшим, нежели в Англии, Франции или Германии. Так приблизительно это и было до начала обще-европейской войны. Но могут быть совершенно особые, непредвиденные исторические факторы, которые влияют на повышение психической заболеваемости в населении в чрезвычайной степени. Сюда прежде всего должны быть отнесены грандиозные войны и крупные революции. Как раз оба эти фактора с чрезвычайной силой обрушились на наше отечество — сначала участие страны в огромной войне на германском, австрийском и турецком фронтах, а затем период гражданской войны со всеми ее ужасами, длительная блокада, голод, охвативший большую часть страны и в том числе наиболее плодородные восточные части государства, голод, доходивший местами до страшных проявлений людоедства. Все это не могло не отразиться огромным повышением душевных заболеваний в стране. Так оно и есть в действительности. Может оставаться до известной степени спорным только то, увеличили ли все эти тяжелые обстоятельства количество заболеваний душевным расстройством в населении самым фактом своего появления или же только содействовали проявлению душевных заболеваний у всех предрасположенных к этому и нестойких суб'ектов.

Разумеется, все эти тяжелые факторы могли послужить в первую очередь к выявлению всех скрытых до поры случаев предрасположения к душевному заболеванию, создав особо неблагоприятные условия, под влиянием которых все возможные и подготовленные к проявлению случаи тем скорее развились и обнаружились, но нельзя упускать из виду и того обстоятельства, что чрезмерные лишения, повторные психические травмы, а равно и непосредственные ранения, контузии и проч. дали массу новых душевных заболеваний у лиц совершенно или во всяком случае мало предрасположенных к душевным заболеваниям и у которых они никогда, вероятно, не обнаружились бы и в слабой степени при более нормальных условиях жизни или при наличии менее стойких, не столь длительных вредных моментов.

Во всяком случае, количество душевно-больных в нашей стране все растет, и есть достаточные основания думать, что в дальнейшем, при постепенно возрастающей и обостряющейся борьбе за существование, количество душевных заболеваний будет прогрессировать. Поэтому сама жизнь ставит огромной важности вопрос: что делать, что может указать практическая психиатрия, чтобы уменьшить, ограничить по возможности огромные размеры зла? Душевные расстройства, как я уже упоминал, являются более частым и распространенным злом, и душевно-больных и ненормальных лиц в населении значительно больше, нежели принято об этом думать. Прежде полагали, что в среднем один душевно-больной приходится приблизительно на 500—400 человек населения. При этом в нашем, напр., отечестве эта цифра считалась несколько меньшей, в западно-европейских государствах несколько большей: в Германии, Франции, Бельгии один на 300 — 250 и даже несколько выше. Более точные и тщательные исследования в этом отношении, как показывает, напр., опыт статистики *Mayer*'а в Швейцарии, о чем я упоминал уже выше, устанавливает более высокий процент. Надо принимать во внимание при переписи душевно-больных в населении не только душевно-больных в собственном смысле, но и разные виды значительных психо-патологических уклонений от нормы: олигофреников, дементных эпилептиков, слабоумных хроников и т. д., как это делал *Mayer* и с чем вполне согласны современные выдающиеся психиатры, между прочим и *Kräpelin*. Этот последний, в период перед началом обще-европейской войны, принимая количество душевно-больных, находящихся в германских психиатрических больницах, клиниках, приютах, частных учреждениях и пр., равным 120—125 тыс. человек, считал, что количество душевно-больных и разного рода ненормальных остававшихся на свободе, в населении страны, должно превышать эту цифру по крайней мере вдвое.

Что касается нашей страны, то принято считать, что в ней даже в период расцвета земской психиатрии, было не более 27.000 психиатрических коек, и следовательно больше 90% всех душевно-больных страны оставалось постоянно в среде населения. Прежде лечение душевных болезней давало самые незначительные, самые ничтожные результаты, в настоящее же время лечение душевных болезней делает несомненные успехи, но т. к. причины душевных болезней весьма разнообразны, а процессы, идущие при этом в организме и в частности в головном мозгу весьма сложны, то разумеется далеко не во всех случаях можно рассчитывать на полное выздоровление. Ввиду этого, лечение в каждом отдельном случае является очень трудным, сложным и строго индивидуальным. Поэтому-то остается довольно значительное количество не вполне излеченных или же вовсе неизлеченных душевно-больных, и все эти неизлечимые или дефективные случаи являются в социальном отношении не только бесполезными для общества, но и настоящим бременем для него и государства, т. к. требуют значительных денежных средств для своего призрения и содержания.

Ввиду этого является вполне естественным стремление как-нибудь ограничить размеры этого зла, принять какие либо меры к тому, чтобы предупредить по возможности многие из этих заболеваний. Так как лечение уже развившихся душевных заболеваний может быть лишь строго индивидуальным, дорого стоящим, очень трудным и мало доступным для большинства, то естественно, что практическая психиатрия должна устремить свои усилия в деле борьбы с душевными недугами на что-то другое, а именно не столько на лечение душевных болезней, сколько на предупреждение их, особенно в массовом масштабе, на профилактику их во всей, по возможности, стране, во всем государстве. Поэтому-то особенно важно для такой страны, как наша, где, как мы видели, только ничтожный процент душевно-больных может найти приют и лечение в соответственных специальных учреждениях, чтобы психическая гигиена и профилактика могли проявить наиболее полезное свое действие и влияние в широком государственном масштабе.

Причины возникновения и развития душевных болезней чрезвычайно многочисленны и разнообразны. С одной стороны они коренятся в неблагоприятной наследственности, в индивидуальных условиях жизни суб'екта, а с другой стороны— в условиях существования, работы и жизненной борьбы широких слоев населения, особенно городского. Поэтому-то борьба с развитием и распространением душевных болезней должна вестись как в смысле индивидуального лечения наступившего уже заболевания (что является прямой задачей главным образом специальных психиатрических больниц и кли-

ник), так и в направлении проведения профилактических мер, предпринимаемых как в государственном масштабе, так и в индивидуальных размерах. Это должно уже явиться делом психической гигиены, вырабатываемой и применяемой в условиях семейной, школьной и санаторной обстановки и проводимой деятельностью особых нервно-психических диспансеров, о роли которых более подробно я имею в виду сказать несколько позднее.

Душевные болезни имеют, как мы видели, чрезвычайно большое и широкое распространение. Все случаи душевных заболеваний можно—до известной степени—в чисто практических целях—подразделить на три большие группы: прирожденные, унаследованные и приобретенные формы. К первой группе следует отнести различные виды прирожденного недоразвития умственных способностей и прежде всего все виды олигофрении, fatuitas, debilitas, imbecillitas, idiotismus, затем нравственное помешательство (insanitas moralis) и некоторые органического характера виды эпилептического слабоумия. Во вторую группу можно отнести душевные заболевания, где подготовленная наследственно конституция проявляется соответственным душевным расстройством при наступлении известных причин внутреннего или внешнего характера. Сюда относится большинство психо-неврозов: истерические, неврастенич. психозы, психозы навязчивых состояний, эпилептические психозы, маниако-депрессивный, паранойа, большая группа раннего слабоумия и бо́льшая часть душевных заболеваний, стоящих в связи с нарушением деятельности желез внутренней секреции, как, напр., психозы базедовизма. В третью группу следует отнести такие заболевания, как прогрессивный паралич помешанных, табетическое слабоумие, психозы при сифилисе головного мозга и другие, развившиеся на почве люэтического заболевания организма, алкогольные психозы, некоторые психозы инфекционного происхождения, психозы истощения, разного рода инфекционные делирии и острый бред, органические заболевания головного мозга на почве травм, ушибов, ранений, опухолей мозга и т. д. Сюда кроме обширной группы dementia e laesione cerebri organica и некоторых форм кортикальной эпилепсии можно еще причислить заболевания на почве перенесенного летаргического энцефалита.

Не останавливаясь на рассмотрении всех этих этиологических моментов душевных заболеваний, перейду к рассмотрению более крупных факторов, обусловливающих возникновение и широкое распространение душевных болезней среди населения. Сюда относится влияние сифилиса, туберкулеза, крупных эпидемий (с характером пандемий), алкоголя и народного невежества, темноты народных масс. Роль сифилиса в возникновении, происхождении и распространении душев-

ных болезней необычайно велика. Заражение сифилисом дает громадное число лиц с поражением центральной нервной системы, в результате чего получается много случаев душевных заболеваний. Заражение сифилисом родителей может проявиться в потомстве в виде наследственного сифилиса, поражающего центральную нервную систему то в виде сифилиса головного мозга, то в виде метасифилитических процессов, как прогрессивный паралич детского или юношеского возраста, или в форме разного рода слабоумия до идиотизма включительно. В тех случаях, когда заражение родителей не обусловило у их детей утраты возможности к продолжению рода, то последующие поколения безусловно являются обреченными на вырождение. Огромное значение сифилиса в происхождении душевных расстройств столь значительно, что—как показывают статистические данные—более 90% всех слабоумных от рождения, обязаны своим слабоумием сифилису, унаследованному от ближайших предков и главным образом от родителей. Помимо того сифилис играет огромную роль в возникновении и тех душевных расстройств, которые наблюдаются у лиц во взрослом состоянии, заразившихся в свое время сифилисом, обычно половым путем, и которые заболевают впоследствии прогрессивным параличом помешанных, слабоумием на почве сифилиса мозга или табетической деменцией.

Заражение сифилисом играет особенно важную и даже совершенно исключительную роль в распространении душевных заболеваний в нашей стране, и это потому, что в массе сельского и фабричного населения страны зараза зачастую передается внеполовым путем, в силу особых бытовых условий. Существуют, как известно, целые селения, целые местности, где почти все население сплошь сифилизовано. Поэтому борьба с сифилисом относится к одной из важнейших задач профилактической медицины, должна вестись с неослабной энергией в государственном масштабе и должна быть направлена как против возможности душевных заболеваний, так и против психопатической наследственности.

Туберкулез играет далеко не такую выдающуюся роль в происхождении душевных заболеваний, как сифилис, но все же и он должен быть отмечен в силу особых обстоятельств, которые сейчас будут выяснены, как выдающийся фактор. Сам по себе туберкулез вызывает сравнительно легкие и нетипичные душевные расстройства, похожие на те, что вообще бывают под влиянием разного рода инфекций, различные делирии, бред преследования, бред ревности и т. д. Иногда могут развиться и другие своеобразные картины душевных расстройств, когда, напр., в связи с туберкулезным легочным процессом развивается менингитическое поражение головного мозга или возникают где-нибудь на основании

мозга локализованные процессы в виде туберкул. Впрочем, случаи эти не так часты. Большое значение туберкулез имеет еще в том отношении, что суб'екты, заболевшие психическим расстройством, особенно легко заражаются туберкулезом, который иногда принимает тяжелую форму, осложняющую картину первоначального психоза. Вследствие малоподвижности душевно-больных, понижения у них жизненной энергии, ослабления сопротивляемости тканей, плохой легочной вентиляции и упадка сердечной деятельности, а также ввиду большой обычно скученности душевно-больных в наших психиатрических больницах, туберкулезный процесс у душевнобольных является настоящим бичем в наших психиатрических учреждениях, и % смертности больных в некоторых из них достигает громадной цифры, доходя до 30 и более. Однако, вредная роль туберкулеза не ограничивается этим, она иная, более глубокая и в более широком масштабе—это большая распространенность его среди населения, вызываемые им различные состояния истощения в организме и настоящее худосочие, а т. к. известно, что туберкулезные даже в последних стадиях болезни отличаются повышенным половым влечением, то в силу этого обстоятельства возникает огромная опасность забеременения и деторождения от таких пораженных туберкулезным процессом родителей. Между тем, установлено, что туберкулез оказывает большое вредное влияние на конституцию потомства (особенно на душевные качества его), на происхождение неустойчивого, неуравновешенного потомства, весьма склонного к разного рода психоневрозам и другим формам душевных заболеваний.

Следует еще, хотя в немногих словах, остановиться на роли в этиологии душевных расстройств острых инфекционных заболеваний, особенно носящих тяжелый характер больших эпидемий и даже пандэмий. За последние года по нашей стране волною прокатились громадные эпидемии—сначала эпидемической формы гриппа, испанки, затем сыпного и возвратного тифа и наконец сонной болезни, летаргического энцефалита. Борьба с этими страшными болезнями народных масс должна вестись самым энергичным образом в государственном масштабе; принимаемые государственными органами здравоохранения гигиенические и санитарные меры имеют, помимо общего физического оздоровления населения, огромное значение и с точки зрения нервно-психической профилактики, предупреждая развитие множественных психозов инфекционного происхождения, что в большом количестве пришлось наблюдать при всех этих пандэмиях.

Особенное внимание психиатров привлекли к себе последствия эпидемического энцефалита, болезни Economo, обусловливаемого, повидимому, плеоморфным дипло-стрептококком Wiessner'a. Как последствие этой болезни, помимо поражений

в больших подкорковых узлах и в других пунктах головного мозга, наблюдаются своеобразные психозы, отчасти напоминающие истерические состояния, отчасти состояния дементности органического характера, поглупения, иногда с проявлениями особой формы навязчивости, приставания к окружающим, бестолкового надоедания и, что важнее всего, полное иногда моральное извращение личности, нормальной физиономии суб'екта (чаще у женщин), особенно в половом отношении. Мне известен случай, когда одна молодая девушка, перенесшая летаргический энцефалит, стала очень распущенной в половом отношении и вскоре стала сожительствовать со своим вотчимом на глазах матери; другая молодая особа сделалась любовницей брата и наконец в третьем случае, сообщенном проф. *Аствацатуровым*, молодая женщина после заболевания летаргическим энцефалитом стала жить в половой связи со специально заведенным для этого крупным самцем-собакой, которого пришлось в конце-концов пристрелить, т. к. он начал набрасываться на всех женщин, пытаясь совершить с ними coitus.

Гораздо большее значение, как этиологический момент в деле вызывания душевных болезней и широкого развития их вредных последствий в населении, играет алкоголизм, и потому особенно важная роль в профилактике душевных болезней должна быть отведена упорной и настойчивой борьбе с народным пьянством.

Помимо острых алкогольных психозов, в виде белой горячки, длительное хроническое злоупотребление алкоголем вызывает ряд типичных душевных заболеваний в виде параноидных алкогольных форм, с бредом преследования, ревности, с обманами чувств, алкогольную эпилепсию, органические поражения мозга на почве перерождения и об'извествления мозговых сосудов, разного рода глубокие деменции и т. д. Замечено, что подобные больные передают по наследству душевные заболевания, производят потомство слабоумное от рождения или чрезвычайно склонное к разным душевным заболеваниям, особенно к эпилептическим и неврастеническим психозам, а также к состояниям моральной дефективности дегенератов. Помимо всего этого потомство алкоголиков обычно является глубоко дегенеративным и бывает обречено на деградацию и вымирание.

В виду всего этого, необходимо, чтобы употребление алкоголя было по возможности ограничено и притом не только индивидуально, но и в массах, а для этого существуют запретительные и ограничительные меры, проводимые обычно в законодательном порядке в государственном масштабе. Особенно известна в этом отношении запретительная система Main'a, названная так по имени одного из штатов Сев. Америк. Союза, где впервые она была предложена в 1848 г. и осу-

ществлена законодательным путем. Сущность этой системы сводится к полному запрещению продажи и предложения спиртных напитков, которые разрешаются к употреблению или как лекарственное средство или для чисто технических надобностей. Само собою очевидно, что при введении такой запретительной системы страна, штат или область добровольно отказываются от значительных доходов, которые могла бы доставить винная монополия, но население и страна очень скоро и много выигрывают, т. к. в стране падает смертность, уменьшается преступность, судимость, проституция, исчезает пауперизм, п. ч. увеличивается приток мелких сбережений в сберегательные кассы, и благосостояние населения быстро возрастает. Опыт применения подобного рода запретительной системы в округе Нью-Йорка показал, что количество душевных заболеваний при этом уменьшается, особенно что касается алкогольных психозов, которые вместо прежних 7—8% упали к настоящему времени (1922—23 г.) до 2% с небольшим.

Правда, и эта запретительная система не является безупречной. Против нее приводят обычно те возражения, что она способствует усилению в стране или области тайного винокурения, толкает население на злоупотребление опием, морфием, эфиром и друг. видами наркотических средств, заставляет прибегать к очень вредным суррогатам вроде денатурата у нас или самогонки и т. д., но все же относительный вред от побочных действий этой системы ничтожен по сравнению с теми выгодами и благами, которые дает эта система населению. Полезное ее действие будет еще значительнее, если на помощь ей приходят другие способы и методы воздействия на население вроде обществ трезвости, широкой и самой энергичной противоалкогольной пропаганды путем лекций, брошюр, преподавания о вреде алкоголя в школах и т. п.

Другою важною мерой борьбы с алкоголизмом является ограничительная Готеборгская система (по имени гор. Готеборга в Швеции). Она осуществлена была позднее системы Main'a, а именно в 1865 г. Вызвана она была чрезмерным развитием алкоголизма в Швеции, принявшим угрожающие размеры. Основная идея этой системы состоит в том, что личная выгода от торговли спиртными напитками исключается, т. к. оптовая торговля спиртными напитками свободно разрешается всякому, кто пожелает заняться ею, розничная же торговля водкой предоставляется акционерным обществам, которые связаны по договору определенной предельной нормой продажи и установленным процентом прибыли. Вся излишняя прибыль идет в доход государственному казначейству и употребляется на борьбу с алкоголизмом, на пенсии инвалидам и на пособия городским и сельским общинам.

Результаты этой Готеборгской системы оказались весьма значительными и благотворными—довольно скоро благосо-

стояние населения повысилось, вследствие притока сбережений в сберегательных кассах, понизился % смертности в стране, уменьшилась преступность, судимость, размеры проституции, улучшилось физическое состояние подрастающих поколений (% бракуемых при призыве на военную службу понизился) и, что особенно характерно, количество алкогольных психозов в Швеции с 10%, до момента введения этой системы, упало в настоящее время (1921—23 г.) до 3%. Особенно хорошие результаты от введения этой системы отмечаются в соседних со Швецией странах, Норвегии и Финляндии, где эта система проводится более планомерно и с большей строгостью.

У нас в 1914 г., с момента об'явления войны Германией, было, как известно, сразу осуществлено полное запрещение спиртных напитков, что можно было тем легче провести, что вся винная монополия в стране находилась в руках государственной власти. Результаты этого запрещения были весьма значительны и благотворны: это, между прочим, сказалось сокращением до minimum'а алкогольных психозов в стране. К сожалению, недавно последовавшее разрешение торговли спиртными напитками, несомненно, быстро повысит число психических заболеваний алкогольного характера, и действительно случаи алкогольных психозов начинают встречаться все чаще и чаще, раньше же (за все последние годы) их совсем почти не было, и даже в такой психиатрической больнице в Ленинграде, как 2-я психиатрическая, с огромным поступлением в нее больных, случаи алкогольных психозов в ней представляли за это время величайшую редкость. Поэтому в высокой степени необходимо всячески осуществлять и впредь пропаганду трезвости и вести антиалкогольное воспитание и обучение как в школе, так и путем особых лекций и чтений, предназначенных для самых широких масс населения.

Весьма тесную связь с алкоголизмом и сифилисом, в смысле распространения в населении душевных заболеваний, имеет городская проституция, особенно в больших и густо населенных центрах, со скученным в бедных кварталах населением, с его безработицей, нищетой и весьма тяжелыми условиями городской жизни. Я не стану здесь подробно останавливаться на этом вопросе, упомяну лишь, что прежние методы борьбы с проституцией путем регламентации оказались ничтожными по своим результатам, но и методы аболиционистов едва ли удовлетворительны в практическом отношении. Правда, в настоящее время в СССР вводятся в действие особые законы, карающие как клиентов известного рода домов, так и сводников и сводниц, но о достижении благоприятных результатов говорить еще не приходится, ввиду кратковременности применения этих новых методов борьбы с проституцией. На Западе этот вопрос начинает трактоваться с особенной настойчивостью и в новом освещении. Интересно

излагает этот вопрос, между прочим, д-р *Дрейв* в своей книге „Сексуальная революция", к которой я и направляю лиц, интересующихся этим.

Теперь я остановлюсь еще на том, что профилактические меры должны быть принимаемы и по отношению к психическим агентам, к психическим факторам, к психической заразе. В явлениях подобного порядка, как учит тому и история медицины, и практика жизни, огромную роль играет народное невежество и, как последствие его, суеверие и религиозный фанатизм темных народных масс. Как проявление грубого невежества при религиозных исканиях, известны некоторые изуверские секты и между ними скопчество. Скопцы учат, что для достижения вечного спасения и блаженства в загробной жизни необходимо отказаться от удовлетворения половой страсти, а т. к. она чрезвычайно сильна в человеке, то надлежит подвергнуться оскоплению полному или частичному: „принять, как они говорят, большую или малую печать". Существует еще секта хлыстов, которые для достижения экстатических состояний предаются особым радениям, и многие при этом впадают в большое половое возбуждение, в результате чего получается массовое участие в „свальном грехе". Безусловно, подобные секты и их учения опасны в психическом отношении как для отдельных лиц, так и для общества, и с ними надлежит бороться путем просвещения, всеобщей грамотности, чтения соответственных лекций и пр. Только этим путем возможно сколько-нибудь успешно бороться с сектантством и религиозным суеверием и искоренить его в народных массах.

В истории культуры отмечаются по-временам вспышки религиозных эпидемий, охватывающие иногда темные, невежественные, страдающие неудовлетворенностью религиозного чувства слои населения. Вдохновителями этого и руководителями являются обычно совершенно грубые, необразованные фанатики с патологическим уклоном психики, а иногда и настоящие душевно-больные, чаще всего одержимые религиозной паранойей. Как пример из недавнего прошлого, можно указать на описанную в свое время проф. *Сикорским* эпидемию истерического характера, так назыв. „малеванщину", инициатором которой был параноик Малеваный. Он учил, что надлежит всем покаяться, ибо наступают последние времена, спастись же и наследовать жизнь вечную можно лишь через него, Малеваного, на которого нисходит св. Дух, и узнать это можно по чудному благоуханию, исходящему от него во время общих молений. Действительно, во время общих собраний и молитв наступал обычно такой момент, когда верующие, последователи Малеваного, один за другим начинали ощущать благоухание, исходящее от учителя, и под влиянием обонятельных галлюцинаций истерического, видимо, характера впадали в религиозный экстаз.

Другое религиозное движение глубоко психопатологического характера, имевшее место на юге, в Екатеринославской губернии, описано как и первое, проф. *Сикорским* под названием „Вольные смерти". Здесь руководителем явился некто Ковалев, человек простой, почти безграмотный, который убедил, однако, многих своих последователей, в том числе некоторых своих родственников, добровольно замуроваться, похоронить себя заживо, чтобы наследовать жизнь вечную. По его толкованию скоро должно было наступить „светопреставление". Выполнителем этого мрачного дела был сам Ковалев, который успел замуровать до 25 человек своих последователей. Сам он не успел покончить с собой, был арестован и подвергнут психиатрической экспертизе, причем оказался суб'ектом явно ненормальным, глубоко дегенеративным.

Как на проявление патологического религиозного фанатизма в связи с невежеством можно указать на разные психозы одержимости, бесноватости и особенно кликушество, так обстоятельно описанное д-ром *Краинским* в его работе в 1900 г.—„Порча, кликуши и бесноватые". Можно упомянуть еще и об исследованиях проф. *Никитина* над кликушами в 1903 г. во время открытия в Сарове мощей Серафима Саровского.

В основе борьбы со всеми подобными явлениями должно лежать просвещение народных масс—путем соответственных лекций, докладов, чтений, раз'яснений во время школьных занятий и т. д. Конечно, большое значение в деле проявления душевных заболеваний имеет невежество и в других случаях. Так, если бы народ был культурнее, более просвещен, более грамотен и лучше понимал бы весь вред от заразных болезней, то не было бы такого огромного числа случаев внеполового заражения сифилисом, какое приходится наблюдать во многих деревнях, селах и фабричных центрах. Здесь известного рода осторожность, как результат сознательного отношения к больным этой болезнью, спасла бы, вне всякого сомнения, не одну сотню людей от психического заболевания, как последствия неосторожного заражения сифилисом.

Укажу, наконец, на такое явление, как послеродовые психозы у деревенских женщин, каковые заболевания зачастую стоят в самой тесной связи с неблагоприятным течением послеродового периода, что, в свою очередь, обусловливается неумелой, а подчас и совершенно невежественной помощью сельских повитух и теми иногда дикими приемами, которые они практикуют во время родов, особенно тяжелых, сопровождающихся или неправильным положением плода или каким-либо иным осложнением. Со всем этим надо бороться мерами просвещения и проведения в жизнь основ гигиены и санитарии.

Остановлюсь еще немного на тех моментах, которые вредно влияют или могут влиять на большие массы населения. Здесь следует указать на неблагоприятные последствия, происходящие от скопления населения в больших городах и промышленных фабричных и заводских центрах, где существует особенно тяжелая и напряженная борьба за существование при наличии особенно вредных условий—отсутствия гигиены, недоедания, физического и морального перенапряжения, возможности из-за скученности и тесноты подвергаться различным инфекционным заболеваниям и т. д. На помощь рабочему населению здесь должны придти соответственные целесообразные законы, достаточно ограждающие интересы трудящихся масс, точное и строгое выполнение основных положений гигиены и санитарии, соблюдение правил об устройстве жилищ, фабрик, заводов, правил о том, как на них должна вестись работа, чтобы не причинялось вреда здоровью работающих и т. д. На основании опытов и точных исследований должны быть установлены те условия, которые должны соответствовать той или другой работе, тому или иному производству, чтобы не получалось переутомления, профессиональных заболеваний и т. п. Вообще нужно сказать, что крупные сильно населенные центры, с их скученностью населения, резкой борьбой за существование, негигиеническими условиями жилищ, распространением сифилиса, туберкулеза и алкоголизма имеют особенно вредное влияние на население в смысле развития и предрасположения к душевным заболеваниям, особенно надо при этом иметь ввиду подрастающее поколение. Все меры, направленные к охране здоровья населения, могут служить профилактическими мерами и в смысле предупреждения возможных душевных заболеваний.

Важное значение для предотвращения значительного количества душевных заболеваний в населении имеет правильная гигиена детского возраста, начиная с периода раннего детства, а в дальнейшем правильное воспитание и обучение детей и юношей. Наилучшие в профилактическом отношении результаты получаются в том случае, когда воспитание имеет ввиду дать по возможности гармоническое развитие и умственных, и физических свойств ребенка. Пришли к заключению, что всего лучше это удается, если воспитание ребенка или юноши происходит в естественных природных условиях, в здоровой сельской обстановке. Примером этому могут служить многие школы в Сев.-Америк. Соед. Штатах или в Италии, устраиваемые в загородных местностях и располагающие достаточными земельными участками, с возможностью заниматься здесь полевыми, огородными и садовыми работами. Воспитание в таких условиях должно поощрять в ребенке самодеятельность, подвижность, любовь к физическому труду, сообразительность, уменье находить выход из различных затруднительных создава-

емых жизнью положений. Во всяком случае воспитание должно иметь ввиду как развитие психических способностей, так и физических качеств—силы, ловкости, выносливости. Изнеженность и баловство, а также излишняя строгость или суровость не должны иметь места в деле воспитания подрастающего поколения. В основе моральной и интеллектуальной стороны воспитания должны лежать развитие воли, интеллекта, самообладания и сознательного отношения к долгу. При этих условиях можно надеяться, что из таких детей и юношей выйдут люди энергичные, с твердой волей и развитым чувством долга, настоящие свободолюбивые граждане свободной страны.

Самое обучение в школе должно быть таким, чтобы оно давало людей, которые оказались бы достаточно подготовленными к тяжелой жизненной борьбе. Поэтому необходимо, чтобы помимо теоретических сведений сообщалось много реальных, практических, нужных в жизненном обиходе. Хорошо было бы, если бы в средней школе помимо естественных наук общего характера преподавались бы основы психической и физической гигиены, евгеника, сведения о вреде сифилиса, туберкулеза, злоупотребления алкоголем, а также своевременно делались бы раз'яснения по вопросам сексуальным.

Что касается физического воспитания, то в этом отношении рекомендуется регулярно проводимый физический труд, лучше всего на открытом воздухе, гимнастика, разные виды легкого спорта и разнообразные игры на открытом воздухе. Все это, закаляя организм, будет иметь своею целью поднять и укрепить физические силы растущего организма детей и юношей и в конечном итоге, несомненно, даст стране здоровых, физически крепких и выносливых граждан.

Глава XV.

Евгеника, основные задачи ее и требования, пред'являемые ею в деле ослабления и пресечения наследственной передачи душевных болезней, в целях психического оздоровления населения.—Методы стерилизации.—Искусственное прерывание беременности.—Показания для этого.

После всего вышеизложенного следует остановиться несколько подробнее на тех мерах, которые могут быть направлены против распространения психопатической и невропатической наследственности и особенно на пресечение вредного влияния наследственной передачи непосредственно. Тут на помощь приходит новая наука о подборе, об улучшении расы,—евгеника. Суть этой новой науки, возникшей в западно-европейских странах и Америке. сводится к осуществлению таких условий в человеческом обществе, чтобы создать здоровое новое население. Задачи евгеники в сущности сво-

дятся к тому, чтобы в человеческом обществе естественный подбор заменить искусственным, который мог бы привести к улучшению умственных и физических качеств будущих ближайших поколений. Поэтому евгеника прежде всего имеет ввиду условия, при которых заключаются браки, т. к. браки должны давать по возможности здоровых, нормальных детей. Для этого должны быть соблюдаемы основные условия для вступающих в брак, а именно, чтобы будущие супруги были свободны от таких болезней, которые вредно отзываются на потомстве. Сама жизнь показала, что наиболее опасны для потомства венерические болезни—гоноррея и особенно сифилис, а затем туберкулез, алкоголизм, душевные болезни и заболевания органов внутренней секреции, нормальная деятельность которых обусловливает здоровое состояние организма. При слишком значительном распространении этих заболеваний может наступить настоящее вырождение населения в стране, причем под вырождением следует понимать возникновение таких наследственных свойств, которые затрудняют или даже делают совершенно невозможным достижение общих жизненных целей *(Ф. Гальтон, Крепелин, Шалльмайер, Гротьян)*.

Особенную склонность к передаче по наследству имеют, как известно, кровоточивость, дальтонизм, кретинизм и злокачественные опухоли. Что касается наиболее интересующих каждого психиатра вопросов о наследственной передаче нервных и душевных болезней, то следует считать определенно установленным, что шансы на передачу этих болезней, а равно умственных дефектов, и особенно слабоумия, очень велики. Статистика показывает, что в 95 случаях из 100 слабоумие является наследственным, причем главными причинами его являются сифилис, хронический алкоголизм и кровосмесительные браки.

Важнейшую роль должно играть своевременное предупреждение таких неблагоприятных браков. Поэтому в первую очередь следует применять самую широкую пропаганду в этом отношении, всемерно указывая на то, что должны заключаться только такие браки, которые могут обеспечить здоровое и непредрасположенное к душевным заболеваниям потомство. В этих целях должно распространять в населении всевозможные сведения, путем чтения лекций, брошюр, кинематографических сеансов и т. п. о вырождении, значении патологической наследственности, условий их возникновения и тех опасных последствий, которые угрожают потомству. Подобной пропаганде можно, пожалуй, отдавать предпочтение перед запретительными или ограничительными законами о браке, т. к. она пробуждает живой интерес и сознательное отношение к этим вопросам у заинтересованного в этом отношении населения. В конечном итоге важно не то, чтобы были оф-

фициально запрещены или разрешены те или иные браки, а чтобы лица с тяжелой нервно-психической наследственностью сознательно избегали бы вступать в брачное сожительство.

Какие же браки могут особенно вредно отразиться на потомстве, создавая условия тяжелой нервной и психической наследственности? Сюда прежде всего должны быть отнесены браки, заключенные между кровными родственниками, между слишком юными суб'ектами, неокрепшими физически и не вполне еще сформировавшимися, между пожилыми людьми, организм которых находится в стадии увядания, между лицами со слишком большой разницей в возрасте, между душевнобольными, слабоумными, эпилептиками, глубокими дегенератами, психопатологическими личностями с тяжелыми неврозами, навязчивыми состояниями, между хроническими алкоголиками, неисправимыми наркоманами, между лицами только что перенесшими тяжелые инфекционные болезни и в особенности между лицами, из которых та или другая сторона больна сифилисом или туберкулезным худосочием.

Что касается браков между кровными родственниками, то они столь вредно отражаются на потомстве, что законами, основанными на долголетних вековых наблюдениях у разных народов, на народной мудрости, запрещаются повсюду. Дело в том, что полезные качества родителей укрепляются и усиливаются в потомстве очень редко, психопатические же свойства, особенно если они наследуются и от отца и от матери, быстро ведут к деградации и вырождению.

К полному вырождению обычно ведут браки между лицами с тяжелой психопатической наследственностью, между душевнобольными, слабоумными, эпилептиками и тяжелыми невропатами. При этом следует считать установленными следующие положения: унаследование психопатических свойств потомками одинаково возможно, родились ли они до или после душевного заболевания кого-либо из родителей; душевные заболевания у потомков проявляются обычно в более раннем возрасте, нежели у их родителей; если душевным расстройством или предрасположением к нему страдает один из родителей, то потомство не обязательно наследует душевное заболевание, чаще наследуется душевное заболевание, но могут быть и здоровые дети; какие же из детей окажутся здоровыми, какие душевно-больными—заранее указать невозможно. Согласно закону *Менделя*, рецессивные свойства поглощаются доминирующими, иногда даже могут быть вытеснены доминирующими, но это наблюдается довольно редко, чаще же передается неблагоприятная наследственность и от одного из родителей. Ввиду всего этого, в вопросе о наследовании душевных заболеваний, слабоумия и психопатической предрасположенности, скорее следует всегда иметь ввиду неблагоприятную передачу от больных родителей потомкам,

и на первом месте по своему вредному влиянию на вырождение потомства стоят сифилис и хронический алкоголизм предков.

Необходимость усиленной агитации в пользу того, чтобы лица с тяжелой нервно-психической наследственностью по возможности избегали вступать в брак, неизбежно вытекает из того, что в семьях с психопатологической наследственностью число рождений, как показывает опыт и статистика, нисколько не меньше, нежели в совершенно здоровых семьях.

Конечно, одной пропаганды и агитации, даже в самом широком масштабе, недостаточно, и пока такие браки, а следовательно и появление нездорового в психическом отношении населения неизбежно, государство же заинтересовано в получении здоровых граждан,—должны функционировать законы, совершенно запрещающие браки в строго определенных предусмотренных случаях. Такие законы действительно существуют в каждом государстве. Это безусловное запрещение браков между близкими кровными родными, с душевнобольными, со слабоумными от рождения и с несовершеннолетними. Прямо законодательством не запрещены, но являются в высокой степени нежелательными, с точки зрения благополучия будущих поколений и с государственной точки зрения, браки между такими лицами, когда оба супруга происходят из психо- и нервно-отягченных и предрасположенных к душевным заболеваниям семей. Даже в тех случаях, если собирающиеся вступить в брак лица в данный момент психически здоровы, но в силу полученной ими наследственности заболевание у них все же возможно, то лучше таким лицам от брака воздержаться, т. к. передача душевного заболевания или значительного предрасположения к нему у ближайшего потомства не только возможна, но и безусловно велика. К этой категории могут быть отнесены лица с выраженными психопатическими симптомами, как навязчивые идеи и состояния, тяжелые неврозы, тупость моральных чувств, половые врожденные извращения. В особенности, следует, пожалуй, иметь ввиду периодические маниако-депрессивные психозы, которые будучи неизлечимыми по существу, опасны именно тем, что лица, страдающие ими, переживают иногда длительные периоды светлых промежутков, во время которых возможны и заключение браков и появление на свет потомства, обреченного заранее на все ужасы душевных заболеваний и вырождения. Это же следует сказать об эпилепсии и эпилептических психозах, хронических формах алкоголизма и наркоманий.

Наличие всех этих болезней и болезненных состояний должно быть рассматриваемо и как в высокой степени нежелательное для брачных сожительств, и как препятствующее к вступлению в брак. Поэтому желательно, чтобы закон не

разрешал браков и запрещал иметь потомство лицам, страдающим одним из этих перечисленных заболеваний. С другой стороны, если душевное заболевание обнаружится уже по заключении брака, то это должно служить вполне достаточным по закону поводом для расторжения такого брака.

Но подобного рода положением дел не захотели ограничиться в государстве, где на ребенка смотрят совершенно особенным образом, где он является центром всеобщего внимания, об'ектом величайших забот и общества и государства и рассматривается, как носитель будущей, более совершенной цивилизации. Это государство, эта страна—Сев.-Америк. Соед. Штаты. Здесь во имя блага грядущих поколений, высших государственных интересов и будущей культуры не остановились, исходя из евгенических оснований, перед определенным принятием особых законов и мер, которые радикально оперативным путем пресекали бы возможность оплодотворения и зачатия от лиц душевно-больных или тяжелых преступных типов. Эти хирургические меры—кастрация и стерилизация. Законодатели в данном случае исходили из тех соображений, что интересы отдельных лиц должны уступить интересам страны и государства, как целого народа, как целой нации, и что рациональное предупреждение зачатия и оплодотворения в тех случаях, когда неизбежно должно получиться глубоко-психопатическое или слабоумное потомство, будет лучше, вернее и потребует значительно меньше денежных и иных затрат, нежели борьба с последствиями подобных брачных сожительств. Наконец, с точки зрения этих законодателей никто не имеет права обрекать на столь тяжелые жизненные условия поколения будущих граждан.

Впервые такой закон прошел в 1909 г. в штате Калифорния. Под него были подведены неисправимые тяжкие преступники-рецидивисты с моральными и половыми дефектами, тяжелые эпилептики и некоторые категории душевно-больных антисоциальных и опасных в моральном и половом отношении. Однако, полное кастрирование и удаление яичников у женщин не всегда безопасно для жизни, потому вскоре оно было заменено стерилизацией, т.-е. операцией перевязки или перерезки выводных протоков яичек у мужчин и перевязкой фаллопиевых труб у женщин. Этот метод впервые был применен *Scharp*'ом в 1907 г. в евгенических целях, по желанию одного из его пациентов, и был затем заимствован у него для применения у лиц, подлежащих по закону лишению права на потомство. В этой форме эта операция стала применяться в отношении преступных типов и тяжелых душевно-больных помимо штата Калифорнии и в других штатах Сев. Америки. Несколько позднее частично она принята в Швейцарии, Пруссии, Швеции и некоторых других странах. Производится она lege artis, только по решению соответственного

суда, особой комиссией, в которую по закону входят врачи-специалисты, после тщательного изучения наследственности данного лица по обеим восходящим линиям.

В дополнение ко всем этим методам и приемам, в деле предупреждения передачи душевных заболеваний и психопатической наследственности будущих поколений, должно упомянуть еще об искусственном прерывании беременности, когда потомству грозит явное унаследование душевных, тяжелых нервных расстройств или тяжелое психопатическое предрасположение. Показания к аборту могут быть с одной стороны в интересах матери, которой может грозить возможность, в связи с беременностью, заболеть душевным расстройством, а с другой стороны в интересах евгенических, чтобы не родился ребенок, наследующий психопатические свойства родителей. Сама по себе душевная болезнь не служит показанием к прерыванию беременности, но при некоторых беременностях у рожениц могут развиться заболевания тяжелой формой Базедовой болезни или эклamптические приступы, затем бывают опасные, в смысле стремления к самоубийству, меланхолические состояния.

Следует также принять во внимание возможность появления послеродовых психозов, где самый родовой акт служит достаточным поводом к возникновению аментивной спутанности или к проявлению маниако-депрессивных психозов. Наконец бывают такие женщины, у которых неизменно все беременности или роды вызывают душевные расстройства. Все эти случаи должны служить показанием к прерыванию беременности. Как в целях евгенических, так и в интересах матери всегда надо иметь ввиду производство возможно раннего аборта, а не преждевременных родов.

Помимо этих случаев желательно производство аборта, разумеется с согласия самой беременной, в тех случаях, когда опасность унаследования душевного заболевания или тяжелого к нему предрасположения не только несомненна, но и весьма вероятна. Сюда могут относиться случаи обоесторонней тяжелой психической предрасположенности, хронического алкоголизма родителей, эпилепсии обоих родителей, явного слабоумия одного из родителей и случаи недавнего по времени к моменту зачатия заражения одного из родителей сифилисом.

В чисто евгенических целях следует указать еще на то, чтобы и здоровая в психическом отношении беременная женщина была обеспечена в период беременности, по возможности, всем необходимым для нормального существования и была оберегаема от всего того, что могло бы вредным образом отразиться на состоянии ее нервной системы, а потому и на нервно-психическом состоянии плода. Сюда относятся такие вредные для женщины моменты, как интоксикации,

особенно алкогольная, морфийная или кокаинная, изнурительный труд, угнетающие психические факторы, недоедание, бессонные ночи, плохие гигиенические условия жилища и т. д. Поэтому беременная женщина должна быть поставлена в особо благоприятные условия как путем законодательным, так и путем широкой пропаганды гигиены беременности. То же следует приблизительно сказать о послеродовом периоде женщины, особенно кормящей ребенка грудью.

Глава XVI.

Развитие и современное положение нервно-психической диспансеризации в Зап.-Европе, Америке и у нас. — Нервно-психические диспансеры, устройство, роль и основные функции их в столичных городах, губернских и в уезде.

Профилактика душевных болезней, как в смысле предупреждения самих психозов, так и значительного предрасположения к ним, имеет огромное значение. Однако, это трудно выполнимая в практическом отношении задача, и до настоящего времени не было способов и средств к осуществлению ее, особенно в огромном государственном масштабе. Наркомздрав и его отделы губздравы до сих пор не имели в своем распоряжении таких органов, через посредство и при содействии которых они могли бы осуществлять профилактические мероприятия на практике в жизни.

Исходя из того положения, что лучше, удобнее и выгоднее предупреждать заболевания, нежели лечить уже развитые болезни, медицина стала, как известно, бороться с причинами, порождающими болезни, мерами предупреждения, выработанными гигиеной и санитарией. На таких основах и начата была и правильно планомерно ведется в центрах с большим скученным населением борьба с туберкулезом, сифилисом и другими венерическими болезнями. Эта роль успешно выполняется при помощи т. наз. диспансеров.

Душевные заболевания не представляют в этом отношении исключения, и потому возможность широкой и планомерной борьбы с ними, при помощи учреждения соответственных диспансеров, является вполне назревшим и своевременным вопросом. Безусловно необходимо, чтобы в деле предупреждения душевных болезней, профилактики их, были созданы передовые форпосты, цитадели, настоящие медицинские крепости. Такими форпостами или крепостями и должны быть специальные диспансеры по образцу диспансеров туберкулезных или венерологических Эти нервно-психические диспансеры должны, конечно, несколько отличаться от соматических диспансеров соответственно особенностям своих задач и назначения.

Прежде, однако, нежели перейти к рассмотрению роли и функций нервно-психических диспансеров, необходимо хотя вкратце ознакомиться с развитием и современным положением вопроса о нервно-психических диспансерах в Зап. Европе и Сев.-Америк. Соед. Штатах, откуда и пошла самая идея диспансеризации.

Количество душевно-больных, как в собственном смысле, так и олигофреников, эпилептиков, психо-невротиков и вообще разного рода невро-психопатов, согласно статистическим данным, с течением времени все увеличивается и возрастает с ростом культуры. Поэтому помещать в специальные больницы всех душевно-больных становится делом все более трудным и почти неосуществимым для самых богатых стран. Ввиду этого, сам собою возник вопрос об иных способах оказания нервно-психической помощи населению, не столь дорогих как стационарное лечение и в то же время удовлетворяющих, по возможности, всех нуждающихся в такой помощи.

Процент острых больных, а равно беспокойных и небезопасных для себя или окружающих хроников достигает у нас (согласно прежним переписям и данным некоторых земских психиатров) 25—30; по статистике же заграничных авторов— 15—20%. В прежнее время, при существовании у нас земской психиатрии, большую помощь больничному и колониальному лечению и призрению душевно-больных оказывало посемейное призрение (patronage familial) безобидных душевно-больных (спокойных, сознательных и трудоспособных) в чужих (реже собственных) семьях.

Помимо таких больных хроников, не мало имеется еще и другого рода неполноценных суб'ектов, разного рода психопатов—неуравновешенных, психастеников, психоневротиков, которые временно, в период лишь обострения болезни и нарушения психического равновесия, нуждаются во врачебной помощи, свободно обходясь без нее в остальное время. В стационарном больничном лечении такие суб'екты не нуждаются, но для них необходимы и полезны такие институты, как попечительства о душевно-больных, пребывающих — по выписке из б-цы—на свободе. Эти попечительства о душевно-больных как я уже упоминал о том, давно были известны во Франции, Шотландии и Германии (особенно Гессенские, с проф. *Ludwig*'ом во главе). Такого же рода попечительство существовало и в Петрограде в довоенный период.

Из подобных попечительств в Зап. Европе, в связи с последствиями мировой войны, подорвавшей экономическое благосостояние многих стран, постепенно развилось т. н. „внешнее обслуживание душевно-больных и психопатов" (exterier service), стоящее в непосредственной и самой тесной связи с устройством и развитием нервно-психической диспансеризации.

Идея об оказании психопомощи выбывшим из специальных лечебниц больным, близкая к современному понятию о диспансеризации, возникла в начале этого столетия почти одновременно у *Kolb*'а в Эрлангене и у *Bleuler*'а в Цюрихе. Обусловлено это было переполнением в психиатрических учреждениях, находящихся в их ведении. *Kolb* ввел оказание псих. помощи для всех душевно-больных известного района по выходе их из псих. лечебницы. Перед выпиской такого больного самым тщательным образом обследовали условия жизни его семьи, материальное ее положение и т. д. Если условия эти оказывались неблагоприятными для больного, он временно патронировался в чужую семью, и в течение нескольких месяцев за ним было тщательное и заботливое наблюдение со стороны выписавшей его больницы. *Bleuler* стал выписывать до срока многих больных, особенно шизофреников в периоде улучшения у них болезни, причем псих. больница, по выписке из ее стен таких больных, продолжала самым тщательным образом наблюдать за состоянием их психического здоровья.

Подобного рода начинания не остались без подражания, и, когда к тому побудили экономические условия послевоенного периода, идея диспансеризации встретила сочувственное отношение к себе как в Германии, так и во Франции.

Особенно же широкое применение и распространение идея диспансеризации нашла себе в С.-А. Соед. Штатах. Тщательное и заботливое наблюдение за всеми, по возможности, нервно и псих. больными, находящимися вне специальных учреждений, так наз. „extra mural Work", осуществляется здесь при помощи большого числа особых обследовательниц, находящихся на государственном содержании, вполне интеллигентных и хорошо подготовленных для этой роли. Кроме такого специального персонала во многих городах Сев.-Америк. Союза работает на этом поприще, под руководством опытных психиатров, не мало частных лиц, посвятивших себя этой работе и входящих обычно в состав попечительств о душевно-больных.

Общества и попечительства, задающиеся подобными целями, за последнее время стали формироваться и функционировать во Франции, Бельгии и Италии под именем лиг психической гигиены и профилактики. Одновременно с этим, ряд прежних психиатрических учреждений—клиник и лечебниц—был преобразован в нервно-псих. больницы, с соответственными при них профилактическими поликлиниками. Между прочим, в Париже существуют уже несколько подобных учреждений. Наиболее хорошо и широко поставлена профилактическая работа нервно-психического диспансера при Hôpital S-te Anne, заведуемом известным *Toulouse*. Прибывающие сюда за помощью больные, по рассортировании их в амбулатории, направляются затем, смотря по свойству заболевания и харак-

теру требуемого лечения, к тому или иному выдающемуся специалисту, работающему при этом диспансере, и остаются под его наблюдением. Так, общую консультацию по психозам ведут здесь *Dupouy* и *Varpas*, эпилептиков наблюдает и ведет *Marchand*, психоневротиков военного времени—*Abely*, дефективных детей—*Heyèr*, психотерапией ведают *Mignard* и *Minkovsky* и т. д. Разумеется, столь тонко дифференцированная специализация дает у талантливых, выдающихся руководителей исключительно хорошие результаты.

Таким образом, „внешнее обслуживание" психо-невропатов стало приобретать все более важное и обширное общественное значение. Наряду с больничной психиатрией, со стационарным клинически-госпитальным обслуживанием больных, все более широко развивается и внебольничное обслуживание психо-невропатов или социально-нервно-психическая диспансеризация.

Эта организация призвана об'единить все прежние формы обслуживания, создать и осуществить, в случае надобности, новые формы попечения о душевно- и нервно-больных. Безусловно необходимо, чтобы подобная организация была особенно чуткой и гибкой, способной примениться и приспособиться ко всем самым разнообразным местным условиям; только в таком случае она с полной пользой может осуществить надлежащее обслуживание всех нуждающихся в соответственной помощи данного района—от душевно-больных в собственном смысле до эпилептиков, олигофреников, травматиков и неуравновешенных.

Разумеется, в такой стране, как наш СССР, где так мало специальных психиатрических больниц и учреждений, оказывающих помощь не более 5—6% всех душевно-больных в населении, и экономические условия особенно тяжелы и неблагоприятны, организация целой сети таких нервно-психич. диспансеров не только необходима, но является почти единственно целесообразной формой оказания столь необходимых наблюдений и лечения для громадного количества психоневропатов, остающихся пока в массе без этой, столь необходимой для них специальной помощи.

Устройство таких диспансеров в настоящее время осуществлено в СССР пока в главнейших центрах страны—в Москве, Киеве, Харькове и за последнее время в Ленинграде. Попытки в этом направлении делаются, впрочем, и в других городах Союза—в Твери, Перми, Вятке и др.

Что касается роли и обязанностей нервно-психических диспансеров, то они чрезвычайно велики и разнообразны.

В общем основные функции нервно-психического диспансера должны распадаться на 1) профилактико-обследовательскую и учетно-статистическую, 2) лечебно-консультативную, 3) наблюдательно-распределительную и 4) культурно-просветительную или пропагандно-профилактическую.

Нервно-психические диспансеры прежде всего должны располагать достаточным по численности хорошо подготовленным персоналом, состоящим как из врачей-специалистов психиатров и невропатологов, так и из других специально обученных лиц—сестер, фельдшеров и санитаров. Для того, чтобы хорошо наладить профилактико-обследовательскую сторону дела и получить для учета исчерпывающие статистические данные относительно нервно-психического состояния здоровья населения в известном округе или районе, необходимо, чтобы персонал диспансера вошел в самое тесное общение с населением того района, который предназначено ему обслуживать, и сумел бы войти в полное доверие этого населения. Персонал этот должен возможно лучше выполнить свои задания—изучить условия быта населения, его экономические, гигиенические, профессиональные и проч. стороны, распространенность в населении сифилиса, туберкулеза, алкоголизма, наследственность, психические и нервные заболевания, предрасположенность к ним и проч. и обо всем этом собрать, соответственно данным инструкциям и выработанным анкетам, возможно полные сведения. По самой сущности дела необходимо, чтобы эти лица, представители диспансера, вошли в возможно полный и тесный контакт с соответственными профессиональными учреждениями своего района, профсоюзами, комитетами и т. д. Важно также, чтобы при исследовании не были упущены из вида различные детские учреждения—детские дома, трудовые школы, ясли и комсомольские ячейки. Только при этих условиях могут быть с исчерпывающей и всесторонней полнотой получены данные о нервном и психическом состоянии населения. С этою целью время от времени должны производиться соответственные обследования и переписи.

Диспансер нервно-психического типа должен быть тем лечебным центром, куда имели бы возможность приходить за соответственным советом и для амбулаторного лечения все нуждающиеся в этом из состава населения данного района. В чисто практических целях и в смысле наибольшей целесообразности оказания лечебной помощи и правильного призрения необходимо, чтобы нервно-психический диспансер был приурочен территориально к специальному большому, уже функционирующему нервно-психиатрическому учреждению. В губернских городах такими учреждениями является, естественно, соответственная губернская психиатрическая больница в городе. Что касается столичных центров, как Москва или Ленинград, то при обширности их территории и значительности населения желательно было бы устройство подобных нервно-психических диспансеров при разных психиатрических больницах или клиниках, расположенных в различных районах города.

В таком специальном диспансере должна вестись самая интенсивная, самая оживленная медицинская амбулаторная

работа—подача соответственной помощи, обследование, даваться самые разнообразные советы и указания по наиболее важным, специальным и животрепещущим вопросам и т. д. Поэтому такой диспансер должен быть хорошо обставлен и обеспечен всем по возможности необходимым для лекарственных и физических методов лечения, особенно электротерапии, водолечения, массажа и светолечения. Так как в деле предупреждения и лечения многих неврозов и психоневрозов большую роль может играть психотерапия, то в нервно-психическом диспансере должны быть применяемы все методы соответственного лечения—гипноз, внушение, метод самовнушения (по Coué) и психоанализ.

При таких условиях все лица с нервными и душевными заболеваниями данного района будут проходить через свой диспансер и он, естественно, должен будет исполнять роль того распределителя, на обязанности которого будет заботиться о своевременном размещении всех заболевших в соответственные нервные и психиатрические учреждения района. Острые случаи душевных заболеваний будут направляться в лечебницы для острых больных, поправляющиеся или трудоспособные хроники в загородные больницы-колонии с трудовым режимом на открытом воздухе, перешедшие в хроническое состояние слабоумия—в приюты для хроников и т. д.

Наконец одной из самых важных функций нервно-психического диспансера, как учреждения, способствующего предупреждению душевных заболеваний в населении и содействующего нервно-психическому оздоровлению его, является культурно-просветительная или агитационно-профилактическая, пропагандистская деятельность. Для этого такой нервно-психический диспансер, при наличии значительного количества врачей-специалистов, должен располагать достаточными денежными и материальными средствами для использования различных способов развития самой широкой пропаганды в борьбе с душевными заболеваниями и в целях их профилактики—возможностью устройства общедоступных лекций на эти темы для широких масс населения, чтений с туманными картинами, кинематографических сеансов, издания соответственных популярных книг и брошюр и т. п. В стенах же самого диспансера должна быть специальная библиотека и кабинет для чтения.

Основные задачи всех этих лекций, брошюр и проч. должны заключаться в возможно подробном и полном ознакомлении широких масс населения с сущностью душевных заболеваний, с учением о предрасположении к нервным и психическим болезням, с различными способами предупреждения этих заболеваний или передачи психопатической конституции, с огромным значением в этом отношении таких моментов, как алкоголизм, туберкулез, сифилис, проституция, народная темнота и невежество и с мерами борьбы с ними, ознакомление с евге-

никой и основами этой новой и столь важной отрасли медицинских знаний.

Что касается губернии, области и их уездов, то сообразно с особенностями оказания здесь психиатрической помощи населению, роль и обязанности нервно-психических диспансеров должны вылиться в несколько иные формы. Центр тяжести психиатрической работы, в смысле лечения и призрения, должен лежать на губернской или областной психиатрической больнице, равно большая роль в деле нервно-психической профилактики должна выпадать на специальный диспансер при ней. Но правильная подача психиатрической помощи, как было уже указано, может быть лишь при значительной децентрализации этой помощи и приближении ее к населению, а для этого должны существовать в каждой губернии или области еще два или три психиатрич. центра в виде специальных, преимущественно типа острых больниц, в зависимости от местных, географических условий и количества населения. При таких психиатрических лечебницах в соответственных уездах или районах могут быть и соответственные нервно-психические диспансеры, устраиваемые по образцу таковых же в губернских городах, но только меньшего масштаба.

В тех местностях или уездах, где таких специальных психиатрических учреждений не будет, оказание психиатрической помощи в экстренных случаях и обязанности нервно-психического диспансера должны быть приурочены к участковым уездным больницам обычного типа. Но для этого необходимо прежде всего, чтобы врач такой больницы был достаточно знаком в практическом отношении с психиатрией и мог бы, в случае надобности, оказать соответств. помощь острому душевно-больному и дать практический совет ему или его близким. С другой стороны, должно быть введено, как общее правило, чтобы при всякой такой больничке или лечебнице соматического типа был устроен особый приемник для острых душевно-больных в одну или две палаты, как это заведено сравнительно давно уже во многих странах Западной Европы—Шотландии, Дании, Швеции, Норвегии, и друг. По миновании в том надобности поступивший сюда душевно-больной транспортируется затем в соответственную специальную психиатрическую больницу.

Участковый врач, помимо оказания непосредственной психиатрической помощи населению, должен заботиться о распределении душевно-больных своего участка по соответственным лечебным заведениям или в патронаж, устраивая их в родных или чужих семьях и т. д. Он же должен наблюдать за выписавшимися больными и вести регистрацию их и учет.

В помощь ему должен быть дан местный санитарный совет или, по крайней мере, санитарный врач, который, помогая ему в деле учета душевно-больных и собирания статистиче-

ских данных о них и всякого рода сведений, мог бы вести просветительно-культурную деятельность по распространению психо-гигиенических знаний как в самом населении, так и в школе, ведя здесь планомерные занятия по нервно-психической гигиене и евгенике.

Желателен еще институт раз'ездных консультантов-психиатров, которые могли бы консультировать в соответственных случаях по вопросам психиатрии и нервно-психической гигиены и с участковыми врачами, и с местными санитарными, держать их в курсе дела и помогать им вести и направлять их работу по вопросам профилактики и нервно-психической гигиены.

B.B.E.

Цена 1 руб. 50 к., в перепл. 2 р.